

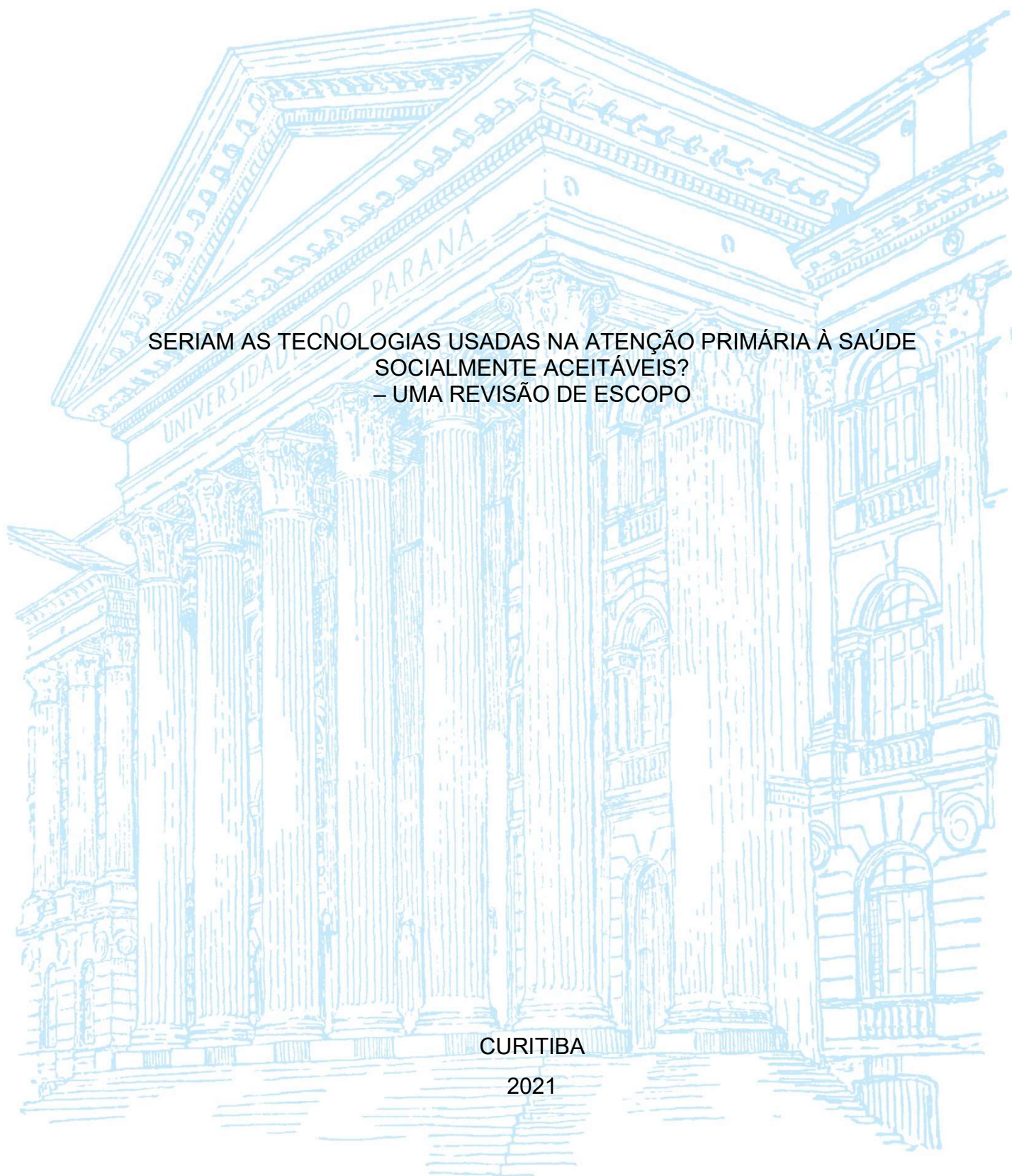
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CÉSAR MONTE SERRAT TITTON

SERIAM AS TECNOLOGIAS USADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SOCIALMENTE ACEITÁVEIS?
– UMA REVISÃO DE ESCOPO

CURITIBA

2021



CÉSAR MONTE SERRAT TITTON

SERIAM AS TECNOLOGIAS USADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SOCIALMENTE ACEITÁVEIS?
– UMA REVISÃO DE ESCOPO

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE), Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Poli Neto

Coorientadora: Profa. Dra. Giovana Daniela
Pecharki Vianna

CURITIBA

2021

Titton, César Monte Serrat

Seriam as tecnologias usadas na Atenção Primária à Saúde socialmente aceitáveis? [recurso eletrônico] – uma revisão de escopo / César Monte Serrat Titton – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Poli Neto

Coorientadora: Profa. Dra. Giovana Daniela Pecharki Vianna

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Tecnologia. 3. Aceitação pelo paciente de cuidados de saúde. I. Poli Neto, Paulo. II. Vianna, Giovana Daniela Pecharki. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 614.44



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA -
33303002001P9

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **CÉSAR MONTE SERRAT TITTON** intitulada: **SERIAM AS TECNOLOGIAS USADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOCIALMENTE ACEITÁVEIS? - UMA REVISÃO DE ESCOPO**, sob orientação do Prof. Dr. PAULO POLI NETO, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 28 de Abril de 2021.

Assinatura Eletrônica

29/04/2021 10:49:46.0

PAULO POLI NETO

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

03/05/2021 16:32:31.0

THIAGO GOMES DA TRINDADE

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE)

Assinatura Eletrônica

03/05/2021 14:19:31.0

SABRINA STEFANELLO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico este trabalho às inúmeras pessoas que tiveram suas vidas encerradas precocemente pela pandemia de Covid-19, em decorrência do impacto não só do novo vírus mas também da infodemia, das desigualdades de determinantes de saúde e doença e da falta de adequada política de Saúde Global – formando uma sindemia que foi ainda mais exacerbada, no Brasil e em tantos outros países, pelo desmantelamento dos sistemas de saúde, particularmente nas áreas de Saúde Coletiva e Atenção Primária à Saúde.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pacientes e alunos, por me ensinarem tanto a cada dia;

Aos meus colegas de trabalho na Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná e na Unidade Básica de Saúde Santa Felicidade, pela convivência e pelos esforços unidos em aprimorar a prática do trabalho diário;

Aos meus colegas de mestrado, pelas partilha de experiências e pelas cativantes discussões, particularmente nas intensas reuniões presenciais de 2019, ainda mais saudosas retroativamente após a necessidade de continuar os estudos de forma remota;

À bibliotecária Cristiane Sinimbu, pelo auxílio inestimável na elaboração da estratégia de busca de artigos para este Trabalho de Conclusão de Mestrado;

A todos os professores do mestrado, pelos estímulos, pelo empenho e pelas posturas e conhecimentos compartilhados;

Ao meu orientador Paulo Poli, pela confiança, amizade, curiosidade e provocações;

À minha coorientadora Giovana Vianna, pelo interesse, dedicação e assistência;

Aos avaliadores da banca, Thiago Trindade e Sabrina Stefanello, pela atenção na leitura e perspicácia nas perguntas e comentários;

À minha mãe Letícia e ao meu pai David, pelo amparo e pela alegria, por serem inspirações para a vida como um todo e para a arte da medicina também;

Às minhas irmãs Florise e Diana, pelo companheirismo desde sempre e por mostrarem outras formas de ver o mundo e interagir;

Aos meus piás Iuri e Luigi, pela leveza do olhar, pelas brincadeiras revigorantes e pelas reflexões proporcionadas ao levarem a contatos com o SUS como usuário;

À minha companheira de vida Mariana, pelo apoio, carinho e compreensão, especialmente na rotina tão difícil destes estranhos anos de 2020 e 2021.

“Uma maçã por dia dá uma vida sadia”

Anônimo

“‘Alma-Ata’ significa ‘pai das maçãs’

(...)

Nestas florestas, não existem duas árvores que produzam maçãs de mesmo sabor.”

Ben Reade

“O Dicionário Webster revela uma grande dimensão filosófica com a qual temos que nos engajar se desejamos valorizar este termo. Por um lado, ‘aceitabilidade’ sugere ‘ser capaz ou merecedor de ser aceito’, ou seja, implica uma condição pela qual se deve lutar. Por outro lado, ‘aceitabilidade’ pode ser definida como ‘minimamente satisfatório ou adequado’, isto é, definindo um limiar do que é apenas ‘bom o suficiente’.”

George H. Stankey

RESUMO

A definição clássica de Alma-Ata para a Atenção Primária à Saúde (APS) diz que “Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis” (OMS; UNICEF, 1978). Apesar disso, existem indícios de que tecnologias praticadas na APS podem carecer de aceitabilidade social – conceito que parece ser pouco investigado e nem sempre bem definido. Assim, esta pesquisa objetivou compreender a aceitabilidade social das tecnologias de APS e identificar tecnologias de cuidado na APS que tenham sido estudadas quanto a sua aceitabilidade social, no Brasil e no mundo. Para tal, definiu-se pela Revisão de Escopo: “forma de síntese de conhecimento que aborda uma questão de pesquisa exploratória para mapear conceitos-chave, tipos de evidência e lacunas nas pesquisas relacionadas com uma área definida, através de sistemática busca, seleção e síntese do conhecimento existente” (COLQUHOUN et al., 2014, p. 1292-1294). As buscas por artigos em português, inglês ou espanhol, publicados entre 1978-2019, sobre alguma avaliação de aceitabilidade, no âmbito coletivo, de alguma tecnologia utilizada na APS, se iniciaram no Academic search premier, CINAHL complete, Medline - PubMed, SciELO, Science Direct, Web of Science e BVS/Lilacs, seguiram nas listas de referências de cada artigo selecionado, além de busca complementar para alguns objetivos específicos via Google e Google Scholar. Isto levou a identificação de 13.874 artigos, dos quais foram selecionados 201 para a tabulação de informações e análise. Verificou-se uma grande variedade de tecnologias praticadas em diversos cenários de APS em 41 países, com aumento de frequência especialmente a partir de 2003. As tecnologias investigadas no conjunto de artigos foram organizadas de forma temática, distribuídas em 4 grandes temas, listados a seguir (acompanhados de exemplos das tecnologias estudadas com maior frequência neles contidas): “ORGANIZAÇÃO” (“acesso” e “Estratégia Saúde da Família”); “COMUNICAÇÃO” (“teleatendimento” e “aplicativo”); “ATENDIMENTO” (“vacina”, “exame”, “psicoterapia”, “pré-natal”, “HPV”, “HIV” e “câncer”); e “PROFISSIONAIS” (“enfermeiro”). Predominaram definições implícitas ou simplesmente operacionais, sem clara base teórica, envolvendo principalmente 3 acepções possíveis para o conceito de “aceitabilidade”: percepções sobre uma tecnologia; a intenção de aceitar ou não uma tecnologia; simplesmente aceitar de fato (ou não) uma tecnologia. Em menor escala, foram identificados artigos que definiram “aceitabilidade” como ligada a outros 4 conceitos: confiança, participação, acesso e qualidade do cuidado. No geral, as tecnologias estudadas foram consideradas bem aceitáveis socialmente, apesar de terem sido detectadas tecnologias com aceitabilidade social ruim ou regular – incluindo algumas cujo grau de aceitabilidade variou com diferentes cenários, definições e/ou metodologias. Por fim, esta revisão de escopo deixou claro que existem muitas lacunas na compreensão da aceitabilidade social de tecnologias de cuidado em uso na APS, o que poderia levar a mais pesquisas apropriadas neste campo, a mudanças nas tecnologias em uso, a ajustes na forma de implementar tais tecnologias, e/ou a esforços para modificar a aceitação das tecnologias de APS na sociedade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Tecnologias de atenção à saúde.
Aceitação pelo paciente de cuidados de saúde.
Aceitabilidade social. Revisão de escopo.

ABSTRACT

The classic Alma-Ata definition of Primary Health Care (PHC) states that “Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology” (OMS; UNICEF, 1978). In spite of this, there are evidences that technologies used in PHC often lack social acceptability – a concept which seems to be seldom explored and not always well defined. That is why this research sought to understand the social acceptability of PHC technologies, and also to identify PHC technologies which have been investigated on its social acceptability, in Brazil and in the whole world. In order to do so it was selected to use the methodology of Scoping Review, which is “a form of knowledge synthesis that addresses an exploratory research question aimed at mapping key concepts, types of evidence, and gaps in research related to a defined area or field by systematically searching, selecting, and synthesizing existing knowledge.” (COLQUHOUN et al., 2014, p. 1292-1294). Eligible articles were those with any evaluation of acceptability of a PHC technology on the collective level published in English, Portuguese or Spanish between 1978-2019. Searches were conducted in Academic search premier, CINAHL complete, Medline - PubMed, SciELO, Science Direct, Web of Science and BVS/Lilacs, than in the references’ list of each selected article, besides a complementar search for some specific objectives via Google and Google Scholar. From the 13,874 articles identified, 201 were selected for data extraction and analysis. It was discovered a wide variety of technologies applied or in the process of being applied to PHC in several different settings across 41 countries, along with an increase in frequency specially after 2003. The technologies studied in this series of articles were thematically organized, allocated in 4 big themes listed ahead (along with examples of their most often investigated technologies): “ORGANIZATION” (“access” and “Family Health Strategy”); “COMMUNICATION” (“telecare” and “applicative”); “TREATMENT” (“vaccine”, “exame”, “psicotherapy”, “antenatal care”, “HPV”, “HIV” and “cancer”); and “PROFESSIONALS” (“nurses”). There were mainly implicit definitions or simply operational ones, without a clear theoretical basis, usually encompassing one of 3 meanings for “acceptability”: perceptions about a technology; the intention to accept a technology; or simply accepting or not a technology. Besides those, there were articles which defined “acceptability” in connection with 4 other concepts: trust, participation, access and quality of care. Overall, the PHC technologies were deemed socially acceptable, but there were some with regular or bad acceptance – including some whose level of acceptability varied in different settings, definitions and/or methodologies of inquiry. Lastly, this scoping review indicated that there are several gaps in the understanding of the social acceptability of PHC technologies of care, situation which could lead to an increase on appropriate researches in this field, to changes in the technologies used in PHC, to changes in the way these technologies are implemented, and/or to changes on how societies accepts those technologies.

Keywords: Primary Health Care. Health care technologies. Patient acceptance of health care. Social acceptability. Scoping review.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	–	FLUXOGRAMA DA BUSCA E SELEÇÃO DE ARTIGOS.....	37
GRÁFICO 1	–	NÚMERO DE ARTIGOS EM CADA PAÍS PESQUISADO.....	38
GRÁFICO 2	–	NÚMERO DE ARTIGOS POR ANO DE PUBLICAÇÃO.....	39
FIGURA 2	–	MAPA CONCEITUAL DAS POPULAÇÕES ESTUDADAS.....	40
FIGURA 3	–	MAPA CONCEITUAL DESCRITIVO DAS POPULAÇÕES ADULTAS ESTUDADAS.....	40
QUADRO 1	–	DEFINIÇÕES ESPECIFICADAS NAS TRÊS ACEPÇÕES PREDOMINANTES DO CONCEITO “ACEITABILIDADE”.....	44
QUADRO 2	–	DEFINIÇÕES ESPECIFICADAS EM ACEPÇÕES MENOS FREQUENTES DO CONCEITO “ACEITABILIDADE”	46
FIGURA 4	–	MAPA TEMÁTICO DAS TECNOLOGIAS DE APS ESTUDADAS NOS ARTIGOS COM OS 4 GRANDES TEMAS E PRIMEIRAS SUBDIVISÕES.....	49
FIGURA 5	–	MAPA DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “ORGANIZAÇÃO”	50
QUADRO 3	–	QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “ORGANIZAÇÃO”	51
FIGURA 6	–	MAPA DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “COMUNICAÇÃO”	54
QUADRO 4	–	QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “COMUNICAÇÃO”	55
FIGURA 7	–	MAPA DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “ATENDIMENTO”	59
QUADRO 5	–	QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “ATENDIMENTO”	60
FIGURA 8	–	MAPA DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “PROFISSIONAIS”	68
QUADRO 6	–	QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “PROFISSIONAIS”	40
QUADRO 7	–	PRINCIPAIS INFORMAÇÕES TABULADAS DOS ARTIGOS SOBRE TECNOLOGIAS DE APS NO BRASIL.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

GP – *General Practitioner*

HMO – *Health Maintenance Organization*

MeSH – *Medical Subject Headings*

MFC – Médico de Família e Comunidade

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PRISMA – ScR – *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*

OMS – Organização Mundial da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF – Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1. JUSTIFICATIVA.....	14
1.2. OBJETIVOS.....	19
1.2.1 OBJETIVO GERAL:.....	19
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	19
1.3 METODOLOGIA.....	19
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1. DEFINIÇÕES DE ACEITABILIDADE.....	22
2.2. PROBLEMAS NA ACEITABILIDADE DE TECNOLOGIAS DA APS.....	24
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	30
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	36
4.1. ANÁLISE DOS DADOS DOS ARTIGOS.....	36
4.2 INTERPRETAÇÃO DE POSSÍVEIS SIGNIFICADOS.....	76
4.3 ANÁLISE DAS POSSÍVEIS LACUNAS NO ESTUDO DA ACEITABILIDADE SOCIAL DE TECNOLOGIAS DE APS.....	79
4.4 CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS PARA OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS	81
5 DISCUSSÃO.....	84
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
7 REFERÊNCIAS.....	94
8 ANEXO 1.....	114

1. INTRODUÇÃO

Desde a Conferência de Alma-Ata para a Atenção Primária à Saúde (APS) (WHO; UNICEF, 1978), há 40 anos, muitas formas de implementar a APS foram experimentadas e avaliadas em todo o mundo (STARFIELD, 2002). No Brasil, isto ocorreu principalmente desde a criação do SUS, há 30 anos (MASSUDA; TITTON; NETO, 2018).

A primeira definição internacionalmente aceita de Atenção Primária à Saúde (APS) foi aquela apresentada na Declaração de Alma-Ata, com o seguinte enunciado:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em **métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis**, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. (WHO; UNICEF, 1978)

[grifo do autor]

Desde então, o efetivo impacto desta concepção de APS na organização dos sistemas de saúde foi heterogêneo entre os países – ainda assim, a visão de Atenção Primária à Saúde formulada em Alma-Ata segue sendo relevante hoje em dia para as políticas de saúde e também para as demais políticas públicas que determinam as condições de saúde e doença (ROLAND; ROLAND, 2019). Tanto que os enunciados apresentados na declaração de Alma-ata foram em grande medida atualizados e reiterados na mais recente Conferência Mundial para Atenção Primária à Saúde, que gerou a Declaração de Astana (WHO, 2018). Contudo, entre as diferenças existentes entre essas duas declarações mundiais sobre APS, está também uma redução na ênfase no conceito de aceitabilidade social, que só aparece de passagem num trecho:

A APS será também acessível, equânime, segura, de alta qualidade, abrangente, eficiente, aceitável, disponível, oferecendo serviços contínuos e integrados, centrados nas pessoas e sensíveis aos gêneros. (WHO, 2018)
[tradução informal do autor, feita para este projeto]

As últimas décadas do século XX assistiram à produção de um robusto conjunto de evidências empíricas sobre os benefícios da APS (STARFIELD, 2002). Apesar deste conjunto de evidências descrever “métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas”, como consta na definição de Alma-Ata, não tem sido tão investigado e discutido se tais métodos e tecnologias também seriam de fato “socialmente aceitáveis”, especialmente quando existe uma variedade de métodos e tecnologias possíveis de serem aplicados. Não é incomum que mesmo os sistemas de saúde que vem fortalecendo sua APS com base na Declaração de Alma-Ata deixem de levar em conta as percepções dos pacientes sobre qualidade e satisfação ao implementar e avaliar suas políticas (DOUBOVA et al., 2016).

Outro fonte de avanços na descrição de “métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas” que ocorreu neste mesmo período foi o uso aplicado de epidemiologia clínica sistematizado pela “Saúde Baseada em Evidências”. Esta prática se baseia em amparar as decisões clínicas em três componentes associados: conhecimento técnico; experiência clínica; e “os valores e preferências dos pacientes” (BRASIL, 2014). Para tecnologias em que este terceiro componente tenha sido bem elaborado, pode-se até argumentar que foi considerada, pelo menos indiretamente (por parte do profissional de saúde), uma certa forma de aceitabilidade – ainda assim, fica mais claro tal tecnologia estar “cientificamente bem fundamentada” do que “socialmente aceitável” em si, seja porque o conceito de aceitabilidade pode ser mais amplo do que “valores e preferências”, seja pelos vieses da sua avaliação indireta (mediada pelo profissional), seja porque a prática da Saúde Baseada em Evidências frequentemente foque na decisão apenas no nível individual. Assim, pode-se dizer que a “aceitabilidade social” dos “métodos e tecnologias” da APS não foi tão estudada nestes 40 anos transcorridos desde a Declaração de Alma-Ata.

No trecho em que a definição de APS desta declaração menciona “métodos e tecnologias” de cuidado com determinadas características, a formulação do texto parece indicar que o conceito de “tecnologias” então utilizado não abarcava “métodos”, o que difere de conceitos mais abrangentes de “tecnologias” que passaram a ser mais correntes desde então. Exemplos de tais conceituações mais

abrangentes para “tecnologia” são as definições de Gonçalves e de Mehry (COELHO; JORGE, 2009), que criticam o uso do termo “tecnologia” restrito apenas aos elementos materiais do processo de trabalho em saúde e propõe que “tecnologia” abrange também os processos relacionais, os saberes aplicados (estruturados ou não) e todas as ações e serviços de saúde, incluindo os atendimentos que requerem tecnologias materiais, mas não se limitando aos mesmos. Esta ampliação do conceito “tecnologia” também ocorre muitas vezes no campo de estudos da Avaliação de Tecnologias em Saúde, o qual considera que:

O conceito de tecnologia em saúde abrange qualquer intervenção que pode ser utilizada para promover saúde. Esse conceito não inclui somente as tecnologias que interagem diretamente com os pacientes, tais como medicamentos e equipamentos (tecnologias biomédicas) e procedimentos médicos como anamnese, técnicas cirúrgicas e normas técnicas de uso de equipamentos (que em conjunto com as tecnologias biomédicas são chamadas de tecnologias médicas), mas também os sistemas organizacionais e de suporte dentro dos quais os cuidados com saúde são oferecidos.
(MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2009, citado por (AMORIM et al., 2010)

Tal ampliação do significado de tecnologias, contudo, não é aplicada sempre. No Guia de Avaliação de Tecnologias em Saúde na Atenção Básica (BRASIL, 2017), por exemplo, se constata que “A Avaliação de Tecnologias em Saúde tem sido tradicionalmente aplicada às tecnologias duras, como medicamentos e equipamentos”.

Na presente pesquisa, apesar do ponto de partida ser a definição de Alma-Ata, será utilizado o conceito mais abrangente de “tecnologia”, considerando que este termo hoje em dia incorpora o que na definição original de Alma-Ata havia sido descrito, em separado, como “método”. Esta reformulação tem ainda a vantagem de reduzir a confusão com outros significados de “método”, como os métodos utilizados nas pesquisas científicas que serão revisadas e discutidas.

1.1. JUSTIFICATIVA

A “aceitabilidade social” de tecnologias utilizadas na APS parece ter sido pouco investigada; além disso, as próprias definições de “aceitabilidade” e “aceitabilidade social” não estão claras na literatura científica. Dentre as diversas

definições operacionais de “aceitabilidade” identificadas nesta revisão, verificou-se que algumas enfocam a perspectiva de aceitabilidade individual, enquanto outras abordam o aspecto do julgamento de uma coletividade sobre determinada intervenção em saúde, se aproximando melhor da noção de “aceitabilidade social” em si.

Parece ser frequente que intervenções sociais e comportamentais não levem em consideração um entendimento prévio adequado de como a população vai receber a intervenção implementada (AYALA; ELDER, 2011). Além disso, existem diversos indícios de que muitos aspectos do funcionamento de serviços de APS têm tido baixa aceitabilidade social. Diversas percepções de pacientes sobre o funcionamento de serviços de APS já foram associadas à baixa satisfação dos pacientes, como por exemplo “[não] sentir-se respeitado sobre seus hábitos culturais, costumes e religião” ou “precisar pegar senha e entrar em fila” (PROTASIO et al., 2017, p. 7-8). Mesmo que recentemente se discuta que a “satisfação dos pacientes” não parece ser a melhor forma de verificar “aceitabilidade”, embora ambos conceitos tenham sido implicitamente considerados sinônimos em muitas publicações prévias (DYER; OWENS; ROBINSON, 2016), é possível aventar que a baixa satisfação para com aspectos como estes citados resulte em redução da aceitabilidade social sobre as tecnologias de APS que os amparam – no exemplo em pauta, sobre tecnologias de abordagem cultural e tecnologias de organização de acesso para serviços de APS.

Outros estudos sugerem uma baixa aceitabilidade social ao pontuar os prováveis motivos para:

- a diferença entre a percepção sobre integralidade dos usuários sobre Unidades Básicas organizadas com ou sem a Estratégia Saúde da Família – ESF (SALA et al., 2011) (Estratégia esta que, em si, consiste num conjunto específico de tecnologias);
- as pessoas acessarem serviços de pronto-atendimento no lugar de serviços de APS mesmo quando estes seriam, em tese, melhor indicados (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009);
- avaliar as causas para absenteísmo de pacientes às consultas agendadas nas Unidades Básicas de Saúde (TRISTÃO et al., 2017).

Além destas justificativas amparadas na literatura científica do campo, vale explicar as inquietações pessoais que suscitaram no autor principal o interesse neste tema: os problemas da aceitabilidade social das tecnologias de Atenção Primária à Saúde. Tais inquietações se originaram de reflexões a respeito de experiências previamente vividas na APS do SUS, principalmente como profissional de saúde (médico de família e comunidade) trabalhando em unidades de saúde com Estratégia Saúde da Família – ESF ou não, mas também em experiências vividas como usuário da APS do SUS e como gestor do SUS em Curitiba – PR. Destas experiências, serão destacadas a seguir, como exemplo, algumas que estiveram relacionadas a um dos atributos essenciais e exclusivos da APS (STARFIELD, 2002), o Acesso:

- quando o autor principal foi residente em Medicina de Família e Comunidade na Unidade de Saúde Barão de Bagé (Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre – RS, entre 2004 e 2006), a equipe da Unidade percebeu como um problema de aceitabilidade por parte da comunidade o agendamento de consultas que gerava fila semanal, já tendo experimentado antes várias estratégias de agendamento com problemas (filas em momentos diversos, absenteísmo se pré-agendamento muito antecipado e/ou dificuldade de obter consulta tempestivamente para certas demandas). Em resposta, foi elaborado conjuntamente um processo de acolhimento, com dois profissionais da equipe dedicados para isso em cada turno da escala, associado a ampla discussão de como colocar em prática da melhor maneira o conceito “acolhimento”, já que este aparecia na literatura às vezes ligado apenas a tecnologias de escuta ativa e postura “humanizada” nas relações interpessoais entre profissionais e pacientes, e noutras ocasiões associado a transformações de todo o modelo assistencial da unidade de saúde a partir de variadas combinações de tecnologias de cuidado individual e/ou coletivo.
- quando o autor principal esteve como médico de equipe de ESF na Unidade Básica de Saúde Umbará 1, em Curitiba – PR (entre 2006 e

2012, com interstício de 1 ano), percebia-se frequentemente que alguns pacientes ou famílias apresentavam resistência a uma implementação rígida da adscrição por áreas de abrangência territorial propostas pela gestão e pela equipe. Isto porque estas áreas por vezes não vinculavam os usuários a suas unidades desejadas (por serem mais próximas da residência, do local de trabalho, ou mais acessíveis por transporte coletivo). Mesmo dentro de uma mesma unidade, era comum que pacientes demandassem atendimento de equipes e/ou profissionais diferentes dos que estavam vinculados, justificando por características de comunicação, postura ou atitudes técnicas dos profissionais, ou até mesmo por situações de vínculo prévio com determinados profissionais ou equipes (como quando uma família se mudava de endereço dentro do território da mesma UBS, ou quando um usuário era inicialmente acolhido e atendido por profissional ao qual não estava adscrito).

- quando o autor principal foi gestor do SUS em Curitiba (ocupando diferentes cargos entre 2013 e 2016, tendo sido ao final deste período secretário de saúde do município), foi recorrente identificar problemas decorrentes de diferentes dificuldades de acesso a várias das unidades básicas de saúde (havia muita heterogeneidade na performance deste atributo da APS entre as UBS). Isto levava muitos usuários com demandas passíveis de atendimento resolutivo na APS a buscarem serviços de urgência. Parte destas dificuldades envolvia divisões territoriais que resultavam em insatisfação de alguns grupos nas comunidades. Além disso, as propostas de reformulação das tecnologias de acesso às UBS encontravam resistências de aceitação não só na cultura institucional e na resistência interna a mudanças, mas até por usuários da comunidade, inclusive com divergências entre usuários não-organizados, usuários organizados em coletivos e usuários com posição de representantes da comunidade nos espaços formais de participação nos níveis locais, distritais ou municipal – levando ao questionamento: como saber quais tecnologias implantadas e/ou propostas seriam de fato “socialmente aceitáveis”?

- como usuário do SUS em Curitiba, o autor principal e sua companheira sentiram-se muito bem acolhidos pela equipe de ESF ao buscar acompanhamento de saúde para o primeiro filho, em 2015, mas tiveram dificuldades para aceitar cada uma das 3 trocas de equipe de vinculação ocorridas durante os primeiros dois anos de vida deste primeiro filho (uma troca de equipes de ESF na mesma UBS, outra troca para outra equipe ESF noutra UBS, e a última troca decorrente de mudança de endereço, passando a estarem adscritos a uma UBS não ESF).
- quando o autor principal atuou como médico clínico na Unidade Básica de Saúde Santa Felicidade (2017 a 2021), que não é organizada por ESF, pôde entrar em contato com outra face das dificuldade de acesso na APS – aquelas que ocorrem quando a organização não se dá por equipes e áreas de abrangência delimitadas dentro do território da UBS. Neste caso, o acesso à consulta em si fica facilitado, mas é mais difícil o acesso a um vínculo longitudinal de cuidados coordenados, pois os usuários têm vínculo definido apenas com a agente comunitária de saúde e acabam passando por atendimentos de diferentes profissionais de saúde a cada oportunidade em que demandam à UBS, variando entre os diversos técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e profissionais da Saúde Bucal, e sem uma organização de equipe entre estes que facilite a coordenação do cuidado até mesmo dentro da própria UBS. Nestas circunstâncias, existem pessoas na comunidade que acham “aceitável” e até preferível ter cuidados assim (facilita escolhas diferentes conforme a demanda apresentada, facilita segunda opinião, facilita tempestividade na obtenção de consulta), mas muitos usuários demonstram não aceitar a descontinuidade de vínculo.

Como bem destacam Oliveira, Mattos e Souza (2009, p. 1937), “é o sistema de saúde que deve se amoldar ao usuário e não o contrário.”. Considerando todas justificativas apresentadas, fica claro ser extremamente relevante compreender melhor a aceitabilidade social de tecnologias utilizadas nos serviços de Atenção Primária à Saúde visando a maior efetividade destes.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL:

Compreender a aceitabilidade social das tecnologias de implementação de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar como tem sido definida e investigada a aceitabilidade social de serviços de Atenção Primária à Saúde.

Identificar tecnologias de implementação de serviços de APS que tenham sido estudados quanto a sua aceitabilidade social

- no Brasil, no SUS e na Saúde Suplementar;
- em outros países.

1.2.3 METODOLOGIA

Considerando o objetivo principal proposto, “compreender a aceitabilidade social das tecnologias de implementação de serviços de Atenção Primária à Saúde”, a metodologia mais pertinente encontrada foi a revisão de artigos visando à síntese do conhecimento disponível sobre “aceitabilidade social” que seja aplicável a serviços de APS. Assim, foi necessário considerar qual tipo de revisão de artigos realizar, visto que são reconhecidas diversas formas – Grant e Booth, por exemplo, identificaram 14 tipologias de revisão em sua análise sobre o tema (GRANT; BOOTH, 2009).

Dada a paucidade de material encontrada na busca preliminar sobre o tema “aceitabilidade social” e a variabilidade conceitual identificada, se faz indicado um tipo de revisão que viabilize mapear as diversas apresentações e usos do conceito. Assim, na tipologia proposta por Grant e Booth, a forma de revisão mais adequada encontrada foi a “scoping review”, definida por como “avaliação preliminar do tamanho e amplitude da literatura científica disponível para identificar a natureza e extensão das evidências.”

Além desta definição de Grant e Booth, diversos autores propõe que as “scoping review” também tenham o objetivo de mapear conceitos e identificar lacunas na literatura (ANDERSON et al., 2008; ARKSEY; O’MALLEY, 2005; LEVAC; COLQUHOUN; O’BRIEN, 2010; MUNN et al., 2018; PETERS et al., 2015; TRICCO et al., 2016). Estas características levaram à seleção, para o presente estudo, da metodologia de “scoping review”, que já vem sendo traduzida nos últimos anos para o português como “revisão de escopo”.

Na definição proposta por Colquhoun et al. (2014), revisões de escopo são

formas de síntese de conhecimento que abordam uma questão de pesquisa exploratória para mapear conceitos-chave, tipos de evidência e lacunas nas pesquisas relacionadas com uma área definida, através de sistemática busca, seleção e síntese do conhecimento existente.
(COLQUHOUN et al., 2014, p. 1292-1294).

Como discutem Munn et al. (2018), a revisão de escopo difere de uma simples revisão de literatura tradicional por partir de um protocolo de revisão definido a priori, por desenvolver uma estratégia de busca transparente e explícita e por compilar a extração dos dados dos artigos pesquisados de forma padronizada. Por outro lado, revisões de escopo não pretendem, como as revisões sistemáticas, responder a uma questão específica sobre factibilidade, adequabilidade, efetividade ou o significado de determinado tratamento ou intervenção. Assim, diferentemente das revisões sistemáticas, nas revisões de escopo não é essencial a avaliação de limitações metodológicas e riscos de vieses das evidências pesquisadas, e a conclusão não pretende uma síntese dos achados por meio de metanálise ou meta-síntese.

A revisão de escopo é melhor entendida como um exercício de “geração de hipóteses” do que de “testagem de hipóteses” – sendo um dos aspectos nos quais difere de revisões sistemáticas, por exemplo (TRICCO et al., 2016). Apesar disso, cabe lembrar que qualquer investigação parte de algum conjunto de suposições sobre o tema de estudo e seus possíveis resultados, sendo importante reconhecê-los de antemão para manter-se atento aos possíveis efeitos dos mesmos no desenvolvimento da pesquisa.

Tais suposições podem até mesmo ser formuladas como hipóteses. Considerando tudo isto, cabe assinalar que o presente estudo partiu das seguintes hipóteses:

- tem sido menosprezada na pesquisa a aceitabilidade social de tecnologias de implementação de serviços de Atenção Primária à Saúde.

- comportamentos de resistência da sociedade para com aspectos do funcionamento dos serviços de Atenção Primária à Saúde podem ser decorrentes, ao menos em parte, de problemas de aceitabilidade social da APS em si ou das tecnologias utilizadas para implementá-la.

- identificar formas mais efetivas de avaliar a aceitabilidade social de tecnologias de implementação de serviços de Atenção Primária à Saúde pode melhorar a percepção deste fenômeno para os pacientes, para os profissionais da APS, para os pesquisadores e para os formuladores e gestores de políticas de saúde.

Algumas destas suposições estão parcialmente relacionadas a experiências previamente vividas pelo autor principal da presente revisão de escopo, como as exemplificadas nas justificativas acima.

Esta pesquisa não contou com financiamento, tendo sido desenvolvida dentro das disponibilidades de tempo e recursos do autor principal, com apoio do orientador e da coorientadora.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 DEFINIÇÕES DE ACEITABILIDADE

Apesar de não terem destaque na literatura científica, conceitos de “aceitabilidade” – qualificada como “social” ou não – vem sendo utilizados em diversos contextos. Na avaliação de serviços de saúde, o conceito de “aceitabilidade” aparece como um dos “sete pilares da qualidade da atenção à saúde” descritos por Donabedian (DONABEDIAN, 1990), que a define como a “conformidade com as preferências do paciente sobre acessibilidade, relação profissional-paciente, conveniências estruturais, efeitos do cuidado e custo”.

Outros autores incluem a “aceitabilidade” como uma das dimensões de “acesso” que deveria ser avaliada. Penchansky e Thomas (1981 citado por STARFIELD, 2002) avaliam como “aceitável” em sua acessibilidade para o usuário o serviço de APS julgado satisfatório quanto a sua aparência, localização e quanto aos “outros pacientes que geralmente você vê no consultório”. Para Thiede e McIntyre (2008), por exemplo, a “aceitabilidade” consistiria nos fatores subjetivos, sociais e culturais do conceito “acesso”. Já Sanchez, Rozana e Ciconelli (2012) consideram a “aceitabilidade” como a menos quantificável e detectável das quatro dimensões do “acesso”, por envolver a percepção que indivíduos e comunidades teriam sobre os serviços de saúde prestados.

Já no campo da Avaliação de Tecnologias em Saúde, a “aceitabilidade” aparece oficialmente como um dos 8 fatores determinantes da força de uma recomendação pelo sistema GRADE, sendo o fator que considera se uma determinada opção é aceitável para os atores interessados (gestores, profissionais de saúde e pacientes) a partir da ponderação sobre o quão preferível tal tecnologia é perante as suas alternativas (BRASIL, 2014).

Além de conceitos de “aceitabilidade” atrelados a um aspecto de outro conceito maior, existem autores que destacam “aceitabilidade” em si como algo mais abrangente. Ayala e Elder (2011), por exemplo, definiram “aceitabilidade” como: “o quão bem uma intervenção será recebida pela população-alvo e a extensão com

que a nova intervenção supre as necessidades da população-alvo e do ambiente organizacional específico” – seria um sinônimo de “adotabilidade”. Esta definição formula a ideia de “aceitabilidade” claramente no âmbito “social”, incorpora a valorização de que esta “aceitabilidade” seja investigada antes de se implementar novas intervenções sociais ou comportamentais, e associa a aceitabilidade de uma intervenção com uma população-alvo determinada e um ambiente organizacional específico. Ou seja, a mesma tecnologia usada da APS poderia variar em sua aceitabilidade social se aplicada em diferentes populações-alvo e ambientes organizacionais.

A partir de uma revisão dos modelos de avaliação de qualidade do cuidado em saúde, Dyer, Owens e Robinson (2016) consideram que a “aceitabilidade por leigos” vem sendo enfatizada recentemente, embora costume ser abordada por meio de termos como “satisfação do paciente” ou “cuidado centrado no paciente”. Após discussão sobre os desafios de se conceituar “aceitabilidade social” e “aceitabilidade por indivíduos”, Dyer, Owens e Robinson propõe que indicadores de “confiança” em um serviço de saúde representariam melhor a “aceitabilidade” deste do que as mais utilizadas medidas focadas em “satisfação” ou no “cuidado centrado no paciente”.

Já uma revisão de revisões sobre o tema “aceitabilidade” (incluindo o qualificador “social” ou não) publicada em 2017 a partir do olhar do campo da Psicologia da Saúde chegou a propor, com maior rigor metodológico, uma definição para “aceitabilidade” (SEKHON; CARTWRIGHT; FRANCIS, 2017) de intervenções em saúde (já apresentada acima):

A “aceitabilidade” é um construto multi-facetado que reflete a extensão com que pessoas provendo ou recebendo uma intervenção em saúde a consideram apropriada, com base em respostas cognitivas e emocionais antecipatórias ou experimentadas com a intervenção. A estrutura teórica de “aceitabilidade” consiste em sete componentes: a atitude afetiva, a carga, a efetividade percebida, a adequação ética, a coerência da intervenção, os custos de oportunidade e a autoeficácia.
(SEKHON; CARTWRIGHT; FRANCIS, 2017, p. 4)

[tradução informal do autor, feita para este projeto]

Para melhor entender esta definição, é interessante elucidar o que os autores buscaram indicar em cada um destes “sete componentes” da “aceitabilidade”:

- a) Atitude afetiva: como o indivíduo se sente sobre a intervenção;
- b) Carga: quanto esforço se requer da(s) pessoa(s) para que ela(s) participe(m) da intervenção;
- c) Efetividade percebida: a extensão com que se percebe a intervenção como capaz de atingir seu objetivo;
- d) Adequação ética: a extensão com que intervenção é compatível com o sistema de valores da(s) pessoa(s);
- e) Coerência da intervenção: a extensão com que se entende o funcionamento da intervenção;
- f) Custos de oportunidade: a extensão com que se deve abdicar de benefícios, ganhos ou valores para se engajar com a intervenção;
- g) Autoeficácia: a confiança do(s) participante(s) na própria capacidade de se comportar como é requisitado para a intervenção.

Sendo um conceito ainda pouco trabalhado nas ciências da saúde, é interessante verificar como o mesmo vem sendo desenvolvido nas ciências sociais. Em um artigo que não é recente mas é relevante por ser posterior à Declaração de Alma-Ata, Brunson (1992, p. 8) afirmou que “a aceitabilidade não costuma ser definida com rigor nas ciências sociais”. No mesmo artigo, Brunson propôs uma prática definição operacional para “aceitabilidade social”:

Processo de julgamento pelo qual indivíduos comparam a realidade percebida com as alternativas conhecidas e decidem se a condição atual é superior ou suficientemente semelhante à condição alternativa mais favorável; caso a condição atual seja julgada insuficiente, o indivíduo iniciará comportamentos – frequentemente em grupo – que acredita que mudarão as condições na direção da mais favorável.
(BRUNSON, 1992, p. 9).

[tradução informal do autor, feita para este projeto]

2.2 PROBLEMAS NA ACEITABILIDADE DE TECNOLOGIAS DA APS

Após revisarmos estas diversas definições utilizadas para “aceitabilidade”, fica mais fácil levar em consideração as fontes que sugerem problemas na aceitabilidade de tecnologias da APS. Mesmo que muitas destas fontes não tenham usado explicitamente o conceito de “aceitabilidade” em alguma de suas formas, mas sim

conceitos semelhantes que abarcam ao menos algumas das possíveis acepções de “aceitabilidade”.

Entre os desafios para aceitabilidade da Atenção Primária à Saúde por parte dos usuários, se assinala até mesmo a não aceitação do próprio “nível de atenção” em si (MARSIGLIA, 2012), ligada à “valorização cultural da especialização e incorporação tecnológica” e também à “não aceitação” de tecnologias bastante comuns na APS, tais como: atendimento realizado por outros profissionais, que não médicos; visitas domiciliares (por sensação de invasão de privacidade, particularmente na classe média e/ou para pessoas que dispõem de acesso à saúde suplementar); programas verticais (muitas vezes com propostas julgadas pouco adequadas às particularidades da população local).

Mesmo quando os questionamentos de aceitabilidade não são tão abrangentes como estes que atingem a própria APS como um todo, é fácil encontrar indícios de baixa aceitabilidade social de determinadas tecnologias de cuidado usadas na APS. Levando em consideração a última definição de aceitabilidade acima descrita (BRUNSON, 1992), boa parte de tais indícios é evidente na existência de diversos comportamentos de utilização de serviços de saúde de forma diferente da preconizada pelos gestores e profissionais da saúde. Um exemplo bastante claro é a busca de atendimento em serviços de pronto-atendimento para demandas sensíveis à APS. Ao investigarem este comportamento de “peregrinação” de usuários do SUS, Oliveira, Mattos e Souza (2009) identificaram que ele estava relacionado às percepções pelos usuários de que haveria:

- maior “resolutividade” nos pronto-atendimentos do que nas Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- maior confiança em ser atendido ao buscar pronto-atendimento do que as UBS (particularmente por maior disponibilidade de recursos humanos e materiais);
- um conjunto de barreiras de acesso às UBS, tanto pelos horários de agendamento quanto pela lógica territorial associada à inflexível definição de porta de entrada, que acabaria por impor ao usuário uma condição de cidadania

“dependente do seu endereço de moradia” (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009, p. 1932).

Cada uma destas percepções envolve julgamentos de menor aceitabilidade de algumas tecnologias que vem sendo praticadas na APS, relacionadas neste caso com a resolutividade, com a disponibilidade de recursos humanos e materiais, e com a organização do acesso às UBS (incluindo tanto formas de agendamento quando a adscrição territorial por endereço de moradia). Considerando a definição de “aceitabilidade” anteriormente citada de Sekhon, Cartwright e Francis (2017), pode-se supor que estas percepções e julgamentos decorram não só de experiências com estes serviços de APS assim organizados mas também de “respostas antecipatórias”, sejam estas resultantes de relatos de conhecidos ou de discursos predominante sobre a APS e o SUS.

Outro exemplo, resultante da investigação dos itinerários terapêuticos de pessoas que sofreram Acidente Vascular Cerebral (BOUSQUAT et al., 2017), é a verificação da fragilidade da APS em assumir a coordenação do cuidado de tais pacientes em todas as dimensões – na prática, levando os pacientes e seus familiares a organizarem seu plano de cuidados por meio de uma combinação de serviços públicos e privados, com desembolso direto especialmente para consultas especializadas, exames e reabilitação. Embora isto possa decorrer ao menos em parte da simples insuficiência de serviços, é pertinente também que leve ao questionamento da aceitabilidade das tecnologias de APS usadas para a coordenação do cuidado de tais pacientes.

Estudos de avaliação de serviços de APS na percepção dos usuários, como os baseados em dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ, também trazem indícios de baixa aceitabilidade social da forma como são prestados serviços de APS. Analisando dados nacionais do PMAQ de 2012, Figueiredo et al. (2018) encontraram elevadas taxas de satisfação com o atendimento na APS, porém curiosamente esta satisfação coexistiu com a frequente percepção de que o foco do cuidado seria pouco abrangente (em geral restrito à demanda principal) e, em diversos casos, com o entendimento por parte dos pacientes de que o cuidado prestado não seria

adequado à realidade local (especialmente na Região Norte do Brasil). Na discussão destes achados, os autores também reconhecem o impacto de insuficiências do serviço, principalmente de montante adequado de profissionais de saúde e da fixação dos mesmos nos serviços ao longo do tempo, mas também assinalam o efeito de elementos do modo de organização da APS implementada, como registros clínicos inadequados para a longitudinalidade e verdadeiras barreiras ao seguimento de cuidados com o mesmo médico, decorrentes da maneira de se organizar as agendas da equipe (o que foi visto com maior frequência no caso de pacientes que haviam sido encaminhados para cuidados em outro nível de atenção).

No Brasil, o foco mais frequente do estudo da aceitabilidade parece ter sido a comparação da APS prestada por meio de Unidades de Saúde organizadas ou não com base na Estratégia Saúde da Família, utilizando metodologias distintas e focando várias realidades sociais (KESSLER et al., 2019; MARIN; MARCHIOLI; CORRENTE, 2015; SALA et al., 2011).

A abrangência desta investigação de aceitabilidade social de serviços de APS se amplia ao lembrarmos que, mesmo no nosso país, é ampla a diversidade não só de tecnologias implementadas na APS como também de comunidades e contextos sociais. Uma das estratégias da população para lidar com a baixa aceitabilidade de serviços de APS do SUS, por exemplo, é a busca de atendimento em serviços privados – uma realidade mesmo em comunidades de baixa renda, como verificado por Castiglione, Lovasi e Carvalho (2018) na favela de Rio das Pedras, no Rio de Janeiro. Neste estudo, os autores identificaram como barreiras a cuidados aceitáveis as deficiências de infraestrutura das unidades de saúde, a falta de profissionais e uma acentuada dificuldade de estabelecimento de vínculo terapêutico boa parte dos médicos atendendo na APS do SUS na região.

Apesar desta revisão de literatura preliminar ter identificado pesquisas que, aos estudar aspectos da APS no SUS, abordam na discussão algo sobre serviços privados de saúde, parece mais difícil localizar artigos que tratem especificamente da aceitabilidade de serviços de APS no âmbito da Saúde Suplementar. Este tópico é interessante para ampliar o escopo da presente investigação, visto que serviços de APS na Saúde Suplementar incorporam algumas das tecnologias utilizadas na APS

do SUS – mas nem todas (SAURO; MACHADO; MELO, 2019) – além de estarem voltado a segmentos populacionais com características que podem levar a diferentes percepções de “aceitabilidade social” – por serem, por exemplo, mais habituados ao acesso direto a médicos especialistas focais e ao “bombardeio com exames de rotina desnecessários” (SAURO; MACHADO; MELO, 2019). Também é possível supor que os usuários de serviços privados de APS podem amparar suas percepções de aceitabilidade mais em seu papel de “consumidor”, fortemente ligado ao conceito de “satisfação” com os serviços, do que em visões mais coletivistas relacionadas a serviços públicos, para as quais se sugere que a aceitabilidade seja melhor aferida por avaliações da confiança dos pacientes nos serviços (DYER; OWENS; ROBINSON, 2016)

Sendo o conceito de APS proposto internacionalmente, podemos também enriquecer a compreensão do tema verificando estudos realizados em outros países. No artigo de Doubova et al. (2016), por exemplo, a análise dos atributos do cuidado centrado na pessoa na APS foi realizada comparando Brasil, Colômbia, México e El Salvador – sugerindo que, em geral, estes países poderiam melhorar a percepção pública de boa qualidade do cuidado na APS focando em três aspectos que tem deixado a desejar: dificuldades de comunicação das pessoas com as unidades de APS; falta de coordenação do cuidado; e falta de informações para estilos de vida mais saudáveis. Na comparação entre 7 países europeus, Papp et al (2014) identificaram variar a tolerância social para com tecnologias de organização de APS bastante utilizadas (inclusive no Brasil), como o uso de filas de espera, a oferta de serviços clínicos prestados por enfermeiros e a função de controlador de acesso a serviços secundários e terciários (“*gate-keeper*”) dos médicos de família. Isto sugere que mesmo estudos inteiramente inseridos em outras sociedades podem ampliar de forma valiosa o olhar sobre maneiras de investigar o tema em pauta. Outros exemplos incluem sistemas de saúde cujas tecnologias de organização do acesso à APS diferem das mais frequentemente utilizados no Brasil, como o artigo de Wang et al. (2017), na China, sobre a percepção dos pacientes a respeito da prestação de serviços de APS em clínicas públicas, hospitais públicos ou clínicas privadas, ou então estudos mais focados em novas tecnologias para determinados aspectos da APS, como o estudo de Zhang et al. (2015), na Austrália, que usou a

teoria de difusão de informação e a visão do paciente como consumidor para avaliar a aceitabilidade de um sistema de agendamento de consultas na APS pela internet.

Mais uma dimensão a ser considerada na análise da aceitabilidade social da APS é a sua variação ao longo do tempo, que pode decorrer de transformações na sociedade e/ou de mudanças nos próprios serviços de APS. Este raciocínio, por exemplo, justificou o estudo de Krinke et al. (2019), na Alemanha, sobre modelos inovadores de provisão de cuidado na APS, com claro objetivo de amparar implementação de serviços que gozem de maior aceitabilidade das populações atendidas. A mudança ocorrida ao longo do tempo foi detectada especialmente nos serviços de APS, visto haver um contexto de crescente dificuldades de provimento de médicos em áreas rurais e remotas e um novo marco legal fomentando inovações inspiradas em práticas já realizadas em outros países. Neste caso, os atributos selecionados como relevantes para investigar as preferências da população foram a realização ou não de visitas domiciliares, a distância entre domicílios e serviços de APS, o número de médicos de família em cada serviço, o número de dias de abertura do serviço por semana, a existência ou não de delegação de tarefas para profissionais não-médicos e a presença ou não de capacidade para realizar exames complementares na unidade de APS.

Esta revisão de antecedentes científicos sobre o tema indica existirem pesquisas que utilizaram variados conceitos e formas de avaliar “aceitabilidade” (“social” ou não), diversos conceitos com alguma proximidade para com o conceito de “aceitabilidade” (como percepção social, percepção pública, tolerância social, confiança nos serviços de saúde, satisfação dos pacientes), várias tecnologias de serviços de APS associadas a problemas de aceitabilidade e uma ampla gama de contextos sociais em que a aceitabilidade da APS tem sido estudada ao menos em algum aspecto.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Visando seguir os critérios de qualidade para revisões de escopo listados na PRISMA – ScR (TRICCO et al., 2018), o protocolo desta revisão de escopo foi previamente (abril de 2020) inserido em repositório virtual específico, acessível como:

Titton, César (2020): PROTOCOLO Aceitabilidade Social nos serviços de APS - REVISÃO DE ESCOPO.pdf. figshare. Thesis. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.12210323.v1>

Os demais itens de avaliação de qualidade de uma revisão de escopo estipulados pelo PRISMA – ScR estão especificados no Anexo 1, com menção às páginas relacionadas neste presente estudo que atendem cada um dos itens.

Levando em consideração a indeterminação teórica sobre a conceituação de “aceitabilidade social” e, conseqüentemente, sobre as formas de avaliá-la, podemos supor que existe ampla variação até mesmo na forma como ela foi nomeada e identificada em artigos relacionados a tecnologias de implementação de APS. Assim, mesmo existindo um descritor de assunto DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings) mais congruente com esse conceito, que seria “Aceitação pelo paciente de cuidados de saúde/ Patient acceptance of health care”, esse descritor apresenta uma definição que não parece abranger toda gama de significados de “aceitabilidade social”, pois é definido simplesmente por “Vontade dos pacientes de receber serviços de saúde”.

A definição deste descritor de assunto parece limitada principalmente por não deixar claro o nível de análise desta “vontade dos pacientes” (se individual ou coletivo) e por atribuir a aceitação pelo paciente apenas a aspectos de “vontade” do mesmo (não deixando claro os papéis que podem ter nesta aceitação a compreensão do paciente dos serviços ofertados, a conveniência da forma como são ofertados ao paciente, as limitações na capacidade do paciente de definir a forma como deseja receber serviços de saúde, etc).

Assim, para compreender de forma mais ampla este tema coube observar preliminarmente também outros descritores-chave que apresentam significados próximos, tais como:

- “Percepção social: A percepção dos atributos, características e comportamentos dos próprios colegas ou grupo social.”
- “Satisfação do paciente: O grau pelo qual o indivíduo considera o serviço ou produto de saúde ou o modo pelo qual este é executado pelo provedor como sendo útil, efetivo ou que traz benefício.”
- “Preferência do paciente: Expressão individual de desejo ou valor por uma trajetória de ação, resultado ou seleção em contraste com outros.”

Estes três descritores foram utilizados para busca de artigos para a revisão de literatura sobre antecedentes científicos contida na introdução desta pesquisa, visto existirem relações entre as percepções de indivíduos e as percepções das coletividades/ sociedades. Considerando, contudo, o grande volume de artigos envolvido e ainda que o objetivo principal da presente revisão de escopo é identificar o uso vigente do conceito “aceitabilidade social”, na estratégia de busca principal se optou por focar no uso apenas do descritor “Aceitação pelo paciente de cuidados de saúde/ Patient acceptance of health care” nos bancos de dados que utilizam descritores padronizados, e termos semelhantes nos demais bancos de dados.

Como passos do processo de revisão de escopo, seguiu-se a estruturação em 5 etapas proposta por Arksey e O'Malley (2005) e aperfeiçoada por Levac et al. (LEVAC; COLQUHOUN; O'BRIEN, 2010), que será apresentada a seguir já com o detalhamento de como foi aplicado cada passo nesta pesquisa:

I) identificar a questão para pesquisa.

A questão de pesquisa foi “Como é a aceitabilidade social de tecnologias de implementação de serviços de Atenção Primária à Saúde?”. Seguindo a recomendação de Levac et al. (2010) de definir os objetivos pretendidos com a

questão para melhor direcionar a busca, estabelecemos como prioritários o primeiro e o terceiro objetivo para revisões de escopo pontuados por Arksey e O'Malley (2005), que são:

- sumarizar a extensão, amplitude e natureza das atividades de pesquisa neste campo;
- sumarizar e disseminar achados de pesquisas sobre o assunto.

Como objetivo adicional, também pretendemos identificar lacunas nas pesquisas sobre aceitabilidade social da APS.

II) identificar os estudos relevantes por meio de busca abrangente.

A busca de estudos relevantes ocorreu a princípio em bancos de dados e nas listas de referências dos artigos, e complementarmente, nas aparentes lacunas que surgiram após tal busca inicial, em redes e organizações relevantes (visando abranger também literatura “cinza”).

Nos bancos de dados, o foco principal foi na intersecção dos descritores em ciências da saúde (DeCS) “Aceitação pelo paciente de Cuidados de Saúde” e “Atenção Primária à Saúde”, assim como nas versões em inglês, “Patient acceptance of Health Care” e “Primary Health Care”, e também em espanhol “Aceptación de la Atención de Salud” e “Atención Primaria de Salud”.

Assim, a estratégia principal de busca foi:

("Patient Acceptance of Health Care" OR "Aceptación de la Atención de Salud" OR "Aceitação pelo Paciente de Cuidados de Saúde") AND ("Primary Health Care" OR "Atención Primaria de Salud" OR "Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Primary Care" OR "Atención Primaria")

Nos bancos de dados que não utilizam descritores, os termos buscados foram “aceitação” ou “aceitabilidade” (assim como “acceptance”, “aceptación” e “aceptabilidad”), sempre associados a “Atenção Primária à Saúde”.

De forma complementar, foi planejado o uso do descritor “Percepção Social” (“Social Perception”, “Percepción Social”) associado a “Atenção Primária à Saúde”. Contudo, como a busca com o primeiro descritor resultou em número de artigos muito maior que o imaginado a princípio, não foi realizada busca complementar com este segundo descritor.

Os bancos de dados e buscadores acadêmicos selecionados para pesquisa foram Academic search premier, Academic search ultimate, CINAHL complete, Medline - PubMed, SciELO, Science Direct, Web of Science e BVS/Lilacs. As buscas foram realizadas entre abril e dezembro de 2020.

III) selecionar os estudos por critérios de inclusão e exclusão post hoc definidos pela questão de pesquisa e a familiaridade progressiva com o tema.

Os critérios de inclusão foram conter:

- alguma forma de avaliação de aceitabilidade, no âmbito coletivo,
- sobre alguma tecnologia utilizada em serviços de Atenção Primária à Saúde.

A busca incluiu artigos publicados entre 1978 (ano da Declaração de Alma-Ata) e o ano de 2019, disponíveis em português, inglês ou espanhol. Buscas realizadas entre abril e dezembro de 2020.

Como critérios de exclusão, foram descartados:

- artigos que avaliam a aceitabilidade da própria Atenção Primária à Saúde em si, sem definir tecnologias específicas usadas nos serviços de APS;
- artigos que abordam a aceitabilidade apenas no âmbito individual;
- artigos de opinião (artigos de todas as demais metodologias foram aceitos, inclusive artigos de revisão);
- artigos para os quais, após os esforços viáveis no período do cronograma, não foi obtido o texto completo e não foi possível extrair dados suficientes do resumo disponível (neste último caso, potenciais limitações decorrentes serão reconhecidas explicitamente nos resultados).

Em caso de dúvida sobre inclusão ou exclusão de determinado artigo, ele foi reavaliado num segundo momento, sempre priorizando a inclusão, dada a ênfase no escopo da revisão.

IV) tabular informações dos estudos selecionados, incluindo informações contextuais e de processo.

Esta tabulação envolve não só síntese mas também interpretação dos dados e agrupamento por temas semelhantes, seguindo método “descritivo-analítico” relacionado à tradição de estudos narrativos (ARKSEY; O'MALLEY, 2005). Para tal, foi gerada uma planilha virtual, originalmente planejada para conter:

- a) Autores, ano do estudo;
- b) Local (ou locais) do estudo;
- c) População (ou populações) do estudo;
- d) Características dos serviços de APS estudados;
- e) Conceito de “aceitabilidade” utilizado (de forma explícita ou implícita);
- f) Metodologia de verificação da “aceitabilidade”;
- g) Tecnologia(s) de Atenção Primária à Saúde abordada(s);
- h) Resultados sobre a aceitabilidade da(s) tecnologia(s) estudada(s).

Caso, durante a familiarização com os artigos, sejam identificados outros aspectos cuja análise seja relevante para o objetivo da presente revisão de escopo, outros itens poderão ser acrescentados a esta planilha, tendo-se o cuidado de rever os artigos já previamente tabulados a respeito do novo aspecto inserido.

Cabe lembrar que, diferentemente do que ocorre em revisões sistemáticas, a metodologia de uma revisão de escopo não abrange avaliação da qualidade metodológica dos estudos revisados (LEVAC; COLQUHOUN; O'BRIEN, 2010; PETERS et al., 2015).

V) compilar, sumarizar e relatar os resultados, por meio de análise temática e/ou analítica, visando apresentar mais a amplitude da literatura do que uma síntese.

Esta etapa incluiu três fases: análise dos dados dos artigos; relato dos resultados encontrados; interpretação de possíveis significados do que se encontrou ((LEVAC; COLQUHOUN; O'BRIEN, 2010).

O primeiro conjunto de resultados é uma análise quantitativa dos artigos encontrados, começando por um fluxograma do número de artigos buscados e selecionados a cada etapa, elaborado conforme os itens preferidos para relatar revisões sistemáticas e meta-análises adaptado para revisões de escopo, conforme relatado por Peters et al. (2015). A seguir, serão descritos, em gráficos, tabelas, mapas conceituais e de forma narrativa mais detalhada, os tipos de artigos, a distribuição geográfica, a distribuição temporal, as características das populações estudadas, as características dos serviços de APS estudados, a gama de definições de “aceitabilidade” encontradas, a gama de metodologias utilizadas para o estudo da “aceitabilidade” e a gama de tecnologias abordadas nos artigos.

Para melhor apresentação do escopo encontrado, foi elaborada uma organização temática das tecnologias de APS encontradas nos artigos, sintetizada em mapas conceituais e esmiuçada em quadros temáticos.

Por fim, na fase de interpretação, foram feitas comparações dentro dos temas e entre os temas identificados. A partir disto, se analisou quais as possíveis lacunas no estudo deste tópico. Considerações específicas foram elaboradas para cada um dos objetivos específicos desta revisão de escopo.

Na discussão, a busca foi por explicitar as potenciais limitações desta revisão de escopo e propor as possíveis implicações dos achados para:

- a pesquisa científica sobre a aceitabilidade social da Atenção Primária à Saúde;
- a prática da Atenção Primária à Saúde;
- a formulação e a implementação de políticas de saúde.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 ANÁLISE DOS DADOS DOS ARTIGOS

- A) Seguindo o processo definido no método, foram identificados no total 13.874 artigos, dentre os quais foram incluídos nesta revisão de escopo 201 artigos, conforme etapas detalhadamente descritas no fluxograma abaixo (FIGURA 1), elaborado conforme os itens preferidos para relatar revisões sistemáticas e meta-análises adaptado para revisões de escopo (PETERS et al., 2015).

Quando se passou para a fase da busca efetiva, não foi possível buscar apenas em um dos bancos de dados e buscadores previamente selecionados (Academic Search Ultimate), por ter deixado de ser acessível a partir da instituição (UFPR) entre o projeto e a realização da pesquisa. Além disto, foi usado o SciELO, mas não consta do fluxograma acima porque não se encontrou nenhum artigo a incluir.

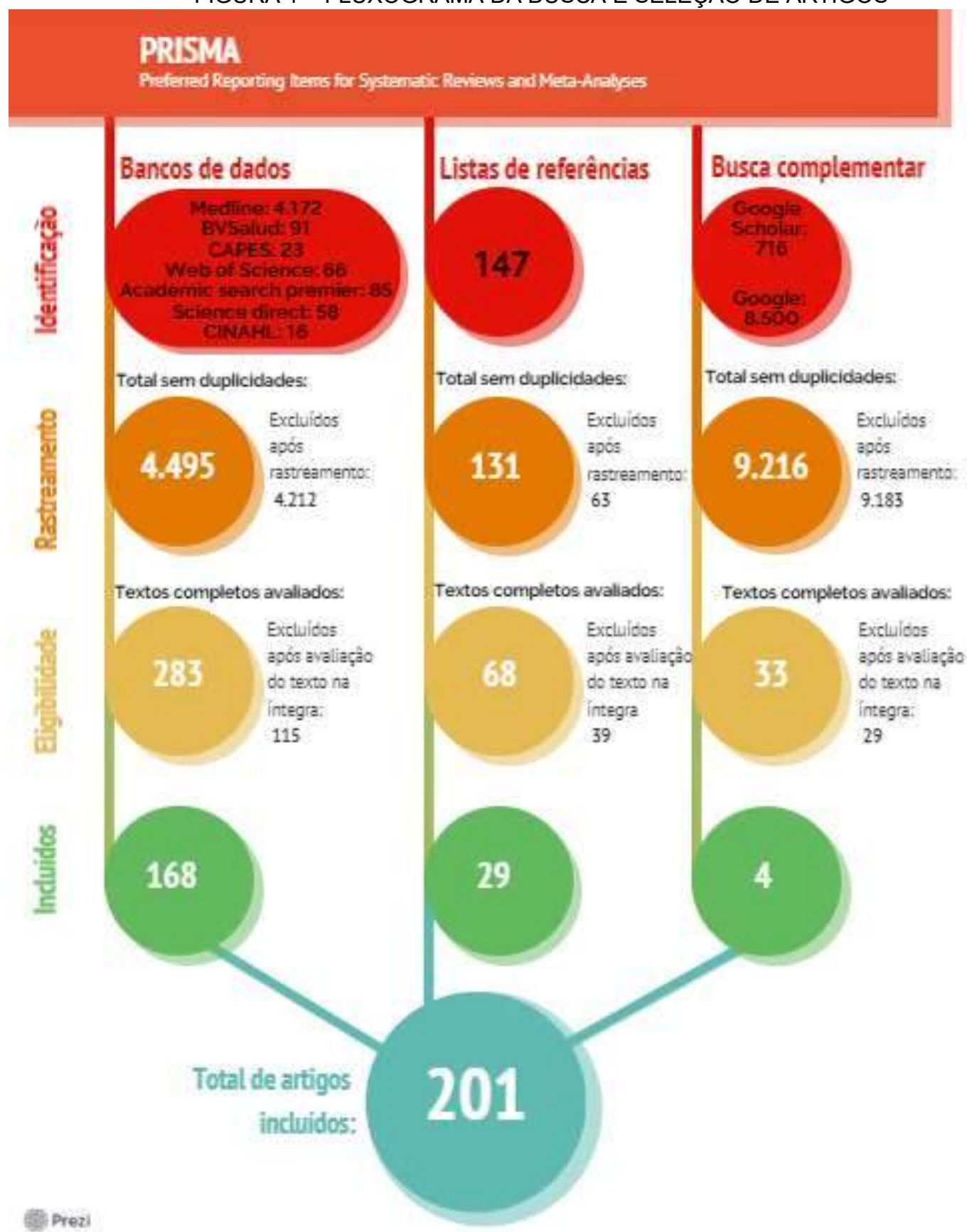
Apesar de 6 artigos não terem sido acessíveis na íntegra, foram mantidos na amostra por conterem dados suficientes para tabulação e análise nos respectivos resumos (EYLES et al., 2013; JOHNSTON; MACDOUGALL; MCKINSTY, 2016; KINSLER et al., 2013; KWONG et al., 2005; LITTLE et al., 2002; TORBJØRNSSEN et al., 2019). Assim, não ocorreu nenhuma exclusão de artigo motivada apenas pela impossibilidade de obter o artigo na íntegra.

- B) Os 201 artigos se distribuíram em 131 revistas diferentes.

- C) Ocorreram 186 autores principais diferentes.

Alguns autores principais se repetiram em mais de um artigo: Choi 3, Cooper 2, Davis 2, Dempsey 2, Karwalajtys 2, Lau 3, Long 2, McKee 2, Polluste 2, Salisbury 2, Smith 2, Torbjornsen 2, Wang 2.

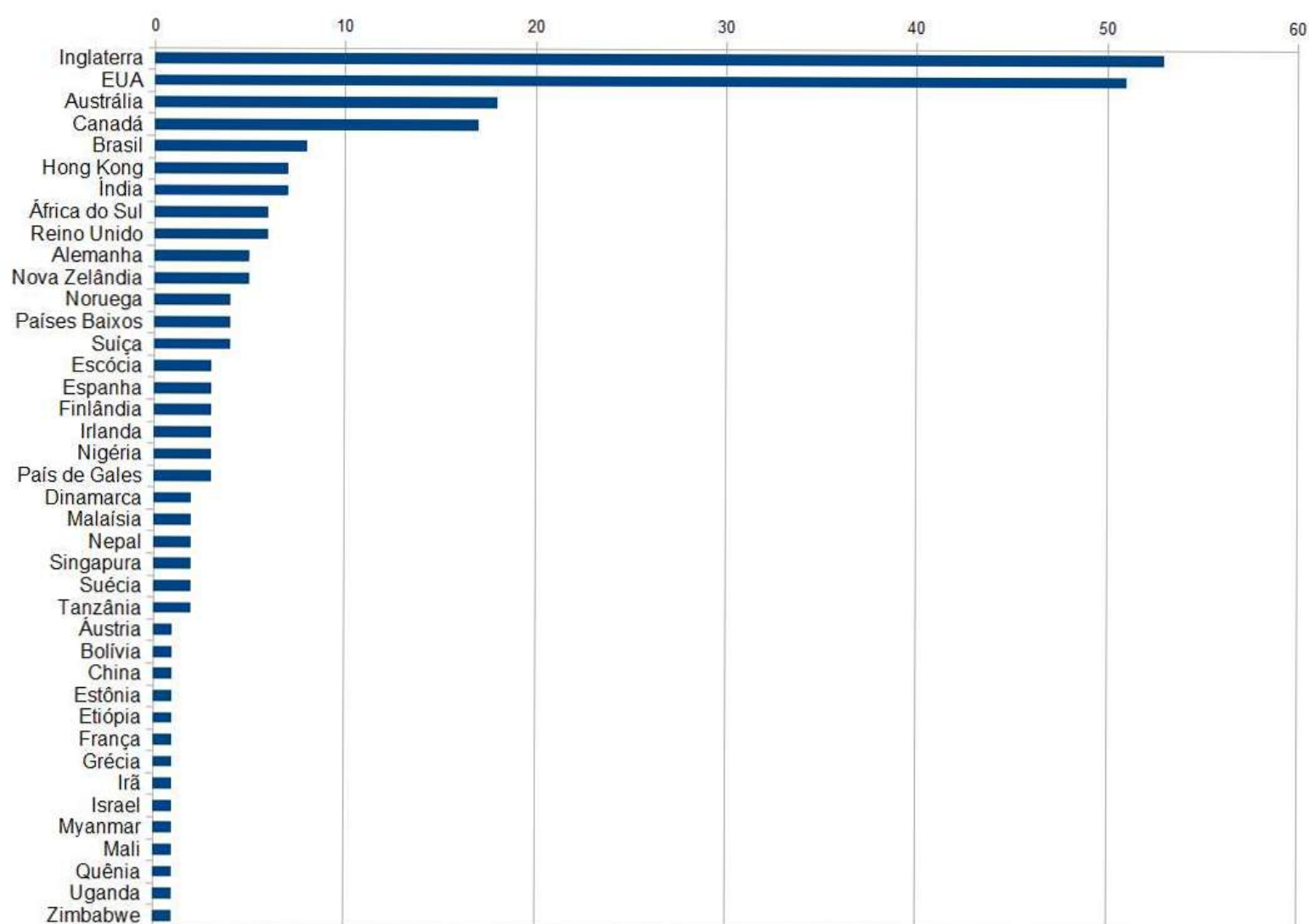
FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DA BUSCA E SELEÇÃO DE ARTIGOS



FONTE: O autor (2021)

D) Foram 41 países pesquisados nos artigos (GRÁFICO 1), sendo os dez mais frequentes: Inglaterra, EUA, Austrália, Canadá, Brasil, Hong Kong, Índia, África do Sul e Reino Unido (foram contabilizados em separado os artigos com abrangência de todo o Reino Unido daqueles focados apenas na Inglaterra, Escócia ou País de Gales; não ocorreram artigos voltados à Irlanda do Norte):

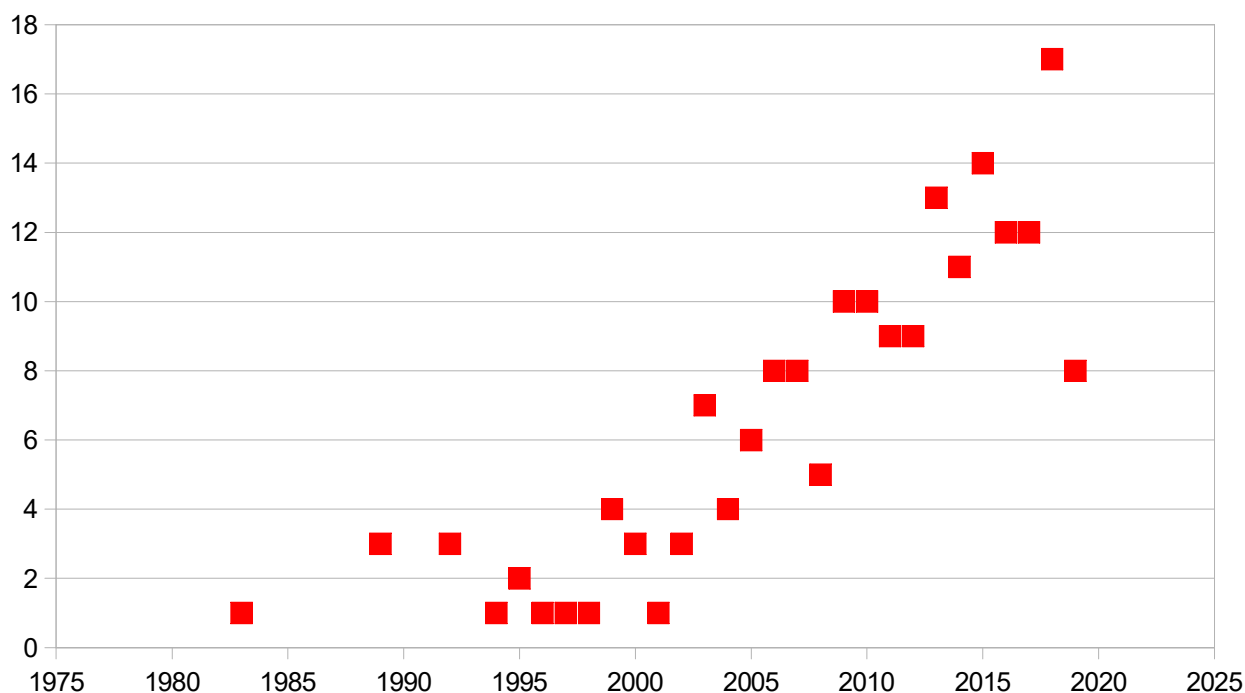
GRÁFICO 1 – NÚMERO DE ARTIGOS EM CADA PAÍS PESQUISADO



FONTE: O autor (2021)

E) O período pesquisado iniciou-se em 1978, mas não ocorreram artigos identificados até 1983 (GRÁFICO 2). De 1983 em diante, nem todo ano teve artigos até 1993. Encontrou-se maior frequência de artigos progressivamente de 2003 até 2019 (último ano pesquisado):

GRÁFICO 2 – NÚMERO DE ARTIGOS POR ANO DE PUBLICAÇÃO



FONTE: O autor (2021)

F) Populações estudadas nos artigos

Considerando que a “aceitabilidade social” deve variar conforme a sociedade investigada para cada tecnologia de APS em estudo, e que o público-alvo de cada estudo impacta diretamente na interpretação de seus resultados e na identificação de possíveis lacunas de pesquisas científicas neste campo, foi tabulada uma sucinta descrição da população avaliada em cada artigo incluído nesta revisão de escopo (FIGURAS 2 e 3). Foi ampla a gama de populações investigada no conjunto destes artigos incluídos, havendo diversas faixas etárias específicas estudadas, que podem ser agrupadas nas seguintes categorias etárias (o infográfico apresenta também algumas características que foram definidas em certos estudos dentro das categorias etárias em questão):

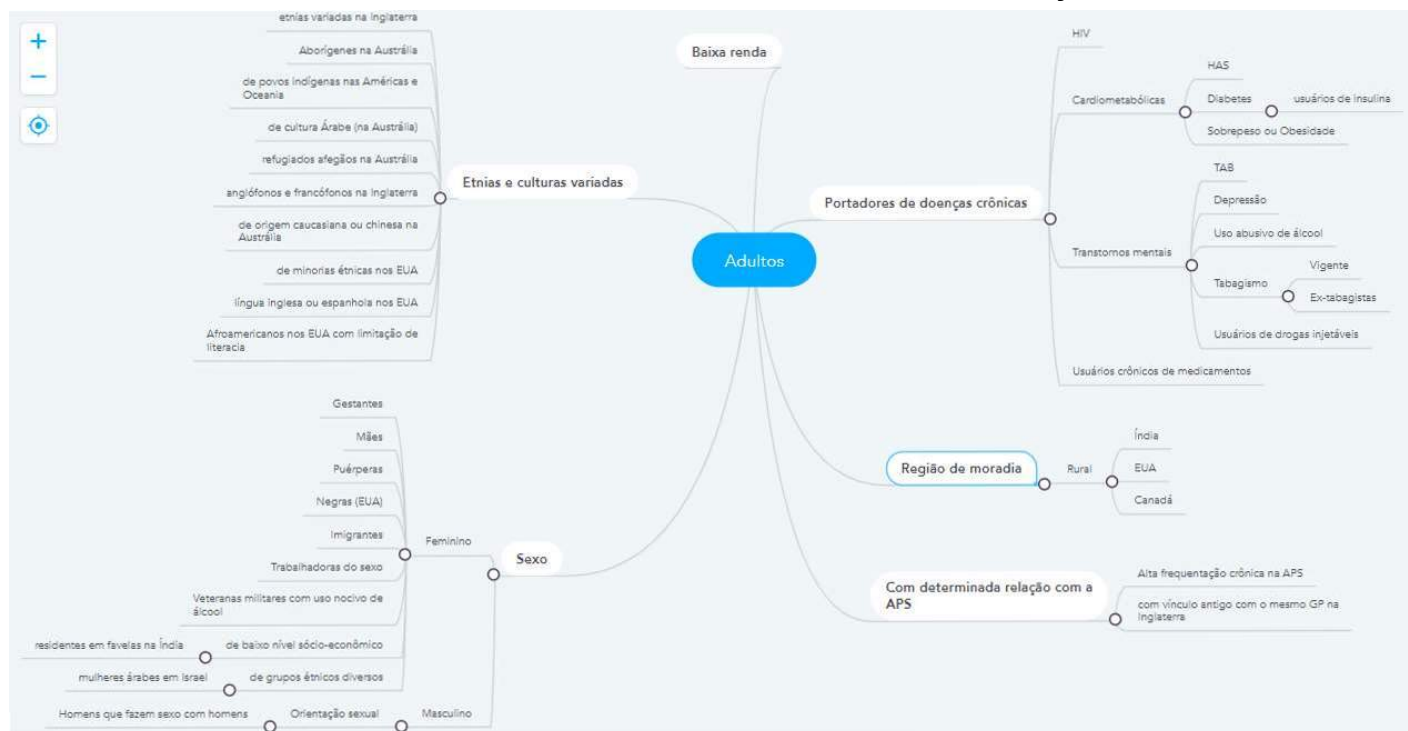
FIGURA 2 – MAPA CONCEITUAL DAS POPULAÇÕES ESTUDADAS



FONTE: O autor (2021)

Dentre os artigos que focaram população adulta, muitos especificaram determinadas características (FIGURA 3):

FIGURA 3 – MAPA CONCEITUAL DESCRITIVO DAS POPULAÇÕES ADULTAS



FONTE: O autor (2021)

G) Metodologia utilizada nos artigos (existe sobreposição entre as categorias):

Quantitativo: 140

Qualitativo: 70

Quantitativo e qualitativo: 26

Revisão: 12 (sendo 7 sistemáticas)

Relato de caso: 3

Estudo de implementação: 6

Dentre estes artigos de revisão, cada um abordou uma determinada tecnologia usada na APS. Em alguns artigos, a aceitabilidade social não era o principal foco da revisão – disto decorre que, apesar do artigo de Bashshur et al. (2016) ter envolvido em sua revisão artigos realizados no Brasil, a abordagem presente nestes não foi suficiente para incluí-lo entre os artigos selecionados para o objetivo específico de avaliar aceitabilidade de tecnologias da APS no Brasil.

Foram objeto de artigos de revisão de literatura simples as seguintes tecnologias:

- modelos de acesso a atendimento fora de hora no Reino Unido, Dinamarca e Holanda (GROL; GIESEN; VAN UDEN, 2006);
- atendimento por “assistentes médicos” (“*Physician assistants*”) nos EUA (LEGLER; CAWLEY; FENN, 2007);
- serviços de APS específicos para usuários de drogas injetáveis (EUA, Grécia, Malásia, Austrália, Inglaterra, Áustria, Finlândia, Nepal, Irã) (ISLAM et al., 2012);
- serviços de APS geral na percepção de refugiados (EUA, Canadá, Inglaterra, Escócia, Irlanda, Países Baixos, Noruega, Suécia, Finlândia, Suíça, Nova Zelândia e Austrália) (CHENG; DRILLICH; SCHATTNER, 2015);
- intervenções de telemedicina (EUA, Brasil, Tanzânia, Suíça, Mali, Finlândia, Dinamarca, Austrália, Canadá, Escócia.) (BASHSHUR et al., 2016).

Foram objeto de artigos de revisão sistemática as seguintes tecnologias:

- unidades de APS acessível fora de hora (*walk in centres*) (Inglaterra, Canadá, EUA, Austrália, África do Sul) (SALISBURY; MUNRO, 2003);

- Intervenção breve sobre uso de álcool (Inglaterra) (LITTLEJOHN, 2006);
- Terapia cognitivo-comportamental via computador (Suécia, Reino Unido, EUA, Austrália, Canadá, Nova Zelândia) (KALTENTHALER et al., 2008);
- Tecnologias de informação para saúde do consumidor (diversos países) (OR; KARSH, 2009);
- Rastreamento de câncer oral (Inglaterra, EUA, Canadá e Índia) (PAUDYAL; FLOHR; LLEWELLYN, 2014);
- Programas de manejo de Doença Renal Crônica (Austrália, Canadá e Nova Zelândia) (REILLY et al., 2016);
- Rastreamento de dislipidemia na infância (EUA) (SMITH; TURNER; KINRA, 2016).

H) Durante o processo de revisão, foram identificados (mas não incluídos) artigos que, embora não tenham abordado aceitação ou aceitabilidade, usaram conceitos semelhantes a algumas das acepções possíveis de aceitabilidade social. Considerou-se importante listar aqui estes conceitos para viabilizar investigações mais aprofundadas sobre tecnologias específicas usadas na APS, além do alcance da investigação realizada na presente revisão de escopo:

percepções e atitudes dos pacientes; opinião dos usuários; *price sensitivity*; utilização; relação entre qualidade do cuidado clínico e *bypassing behaviour*; percepção de benefício; confiança; satisfação; preferência; pontos-de-vista individuais e compartilhados; comportamento de desistência; *willingness to pay*; comportamento de não-aceitação; usabilidade; experiência de uso; aderência e escolha; *awareness*; não comparecimento.

I) Gama de conceitos de “aceitabilidade social” encontrados:

A maioria dos artigos (169 dos 201) não definiu explicitamente “aceitabilidade social”. Dentre as definições operacionais implícitas, predominaram 3 acepções diferentes, sendo que alguns artigos usaram mais de uma destas acepções:

I) percepções sobre uma tecnologia (106 artigos)

II) a intenção de aceitar ou não uma tecnologia (50 artigos)

III) aceitar ou não uma tecnologia (49 artigos)

Apresentaram uma definição explicitamente definida apenas 32 dos 201 artigos. Algumas destas definições consistem em versões mais especificadas de uma (ou mais) das 3 acepções predominantes acima listadas (Quadro 1), enquanto outras definições abrangeram outras acepções para o conceito “aceitabilidade”, apartadas destas 3 principais, usualmente conceituando aceitabilidade como uma das partes de outro conceito mais abrangente (Quadro 2):

IV) Confiança

V) Participação

VI) Acesso

VII) Qualidade

Um artigo, o de Or e Karsh (2009), usou uma definição que abrangeu as 3 acepções predominantes, pois considerou 4 formas de se definir a aceitabilidade de uma tecnologia: “Satisfação com a tecnologia; uso ou adoção da tecnologia; uso eficiente ou efetivo da tecnologia; intenção ou desejo de usar a tecnologia.”

Dentre estes 32 artigos com definições explícitas para “aceitabilidade” (apresentados nos QUADROS 1 e 2), 15 deles amparam tais definições em bases teóricas claramente descritas.

QUADRO 1 – DEFINIÇÕES ESPECIFICADAS NAS TRÊS ACEPÇÕES
PREDOMINANTES DO CONCEITO “ACEITABILIDADE”

Núcleo da aceção	Exemplo de definição mais especificada	Referência do artigo
I) percepções sobre uma tecnologia	Percepção sobre a intervenção recebida (como parte da avaliação da qualidade do serviço)	(NOCON et al., 2004)
	Percepção sobre a intervenção recebida (não só satisfação, mas também indícios de mudança de comportamento)	(LONG et al., 2005)
	Percepção de ser benéfico e tolerável	(BREWIN et al., 2006)
	Percepção sobre a intervenção recebida conforme a Teoria do Comportamento Planejado	(YARDLEY et al., 2009)
	Percepção sobre a postura dos profissionais de saúde durante a intervenção recebida, segundo conceitos de “interação focada” de Goffman	(ARMSTRO NG; JAMES; DIXON- WOODS, 2012)
	Percepção sobre a intervenção recebida medida pela escala Treatment Evaluation Inventory	(CHOI et al., 2015)
	Medida da “dimensão humana” do modo como as pessoas são tratadas nos serviços de saúde. Percepção sobre a intervenção recebida, mensurada por meio da satisfação do usuário (avaliada quanto a diversas teorias e determinantes)	(CONDESS A, 2015)
	Facilidade de compreensão da intervenção; relevância percebida da informação; probabilidade de ajudar os pacientes a abordar o tema com seus GPs	(NOBLE et al., 2015)
	Percepção sobre a intervenção recebida ser útil e não aumentar conflito decisório	(RUZEK et al., 2016)
	Percepção sobre a intervenção recebida (atitudes e preferências)	(WANG et al., 2018)
	Percepção composta de benefício percebido, privacidade e desconforto, preocupações com	(TORBJØR NSEN et al.,

	cuidados pessoais, satisfação.	2018)
	Percepção sobre a intervenção recebida, especificamente sua utilidade e benefício	(EVERITT-PENHALE et al., 2019)
II) a intenção de aceitar ou não uma tecnologia	Intenção de aceitar a intervenção conforme escala ITAS	(BLUESTEIN; HEALEY; RUTLEDGE, 2011)
	Visão e crenças sobre as intervenções preventivas, prontidão para mudanças e intenção de receber apoio de GPs	(BROTONS et al., 2012)
	Intenção comportamental de usar a tecnologia (conforme a Teoria Unificada da Aceitação do Uso de Tecnologias de Venkatesh)	(EBERT et al., 2015)
	Reação à proposta e probabilidade de encontrar riscos organizacionais ou programáticos a mesma	(LWEMBE et al., 2016)
	Intenção de aceitar a intervenção, mediante Treatment Acceptability and Adherence Scale (TAAS; Milosevic, Levy, Alcolado, & Radomsky, 2015)	(SOUCY; HADJISTAVROPOULOS, 2017)
III) aceitar ou não uma tecnologia	Aceitabilidade medida como taxa de retorno ao serviço; facilidade de comunicação com equipe; aceitação pelo paciente de encaminhamento a outros serviços (conforme Rowe, 2004)	(ISLAM et al., 2012)
	Factibilidade e aceitação da intervenção pelos pacientes	(BASHSHUR et al., 2016)
	“Aceitação e aprovação de um serviço de saúde por parte de uma população e de sua rede de apoio social, interligando com a percepção do tipo de apoio social prestado por essa rede.”	(MORAIS, 2019)

FONTE: O autor (2021)

QUADRO 2 – DEFINIÇÕES ESPECIFICADAS EM ACEPÇÕES MENOS FREQUENTES DO CONCEITO “ACEITABILIDADE”

Conceito suprajacente	Exemplo de definição especificada	Referência do artigo
IV) Confiança	Um dos desfechos desejáveis associados com a confiança, que é inicialmente institucional, depois assegurada por meio do relacionamento continuado entre médico e paciente	(TARRANT et al., 2010)
	Engajamento, confiança, experiência de intervenção flexível e acesso	(MOLLEDA et al., 2017)
V) Participação	Participação da comunidade na definição de prioridades de saúde locais	(PERRY et al., 1999)
VI) Acesso	Um dos componentes do Acesso, sendo aquele que considera se os serviços respondem às necessidades e valores dos usuários, de forma a motivá-los ao uso dos serviços de forma apropriada e digna (parcialmente medida por meio de “satisfação”)	(WALLACE; ENRIQUEZ-HAASS, 2001)
	Engajamento, confiança, experiência de intervenção flexível e acesso	(MOLLEDA et al., 2017)
	Relação entre as atitudes dos pacientes sobre características pessoais e práticas dos profissionais e serviços com as características dos profissionais e serviços de fato disponíveis (idade, sexo, tipo de serviço, bairro do serviço, afiliação religiosa) – componente de Acesso conforme Penchansky e Thomas, 1981	(MANCHIKANTI et al., 2017)
	Adequação dos serviços de saúde às diversas necessidades sociais e culturais do paciente (parte do acesso, conforme Levesque)	(SONG et al., 2019)
VII) Qualidade	Aspecto da qualidade de serviço de saúde associado à conformidade com as vontades, desejos e expectativas dos pacientes (composto por acessibilidade, relação médico-paciente,	(POLLUSTE; KALDA; LEMBER, 2000)

	amenidades, preferências dos pacientes sobre efeitos e custos do cuidado prestado). (conforme Donabedian)	
	Percepção sobre a intervenção recebida (como parte da avaliação da qualidade do serviço)	(NOCON et al., 2004)
	Aspectos da qualidade do cuidado diretamente relacionados com as expectativas e satisfação dos pacientes (Donabedian). Composta de acessibilidade, relação médico (e equipe)-paciente, ambiência da unidade, preferências do paciente sobre efeitos e custos do tratamento e sobre o que considera justo.	(GAIOSO, 2007)
	Um dos 6 componentes da qualidade de um serviço (Maxwell, 1992). Importante por motivos éticos, metodológicos e práticos	(KALTENTHALE R et al., 2008)
	Sinônimo de satisfação. Pilar de qualidade (Donabedian). A aceitabilidade pode ser definida como um conjunto de aspectos na relação médico-paciente e paciente-sistema de saúde, sendo compreendida como a garantia de várias premissas por exemplos: a facilidade de acesso, a relação médico-paciente (aqui está incluída a relação equipe de saúde-usuário), o meio (o ambiente) e a construção (estrutura), preferências do paciente quanto aos efeitos e dos custos de tratamento e tudo o que o paciente considera ser justo e equitativo (Gaiosó).	(OLIVEIRA et al., 2018)

FONTE: O autor (2021)

J) Gama de graus de aceitabilidade das tecnologias investigadas (classificação criada pelos autores desta revisão de escopo visando apresentar de forma sintética as conclusões dos artigos sobre as tecnologias; as categorias foram delimitadas após experimentação com diversos limiares na tabela contendo dados de cada um dos artigos):

Boa aceitabilidade (se quanti, 80% ou mais)– 115 artigos

Variável de regular a boa aceitabilidade – 30 artigos

Regular aceitabilidade (se quanti, 50%-79%) – 19 artigos

Variável de má a regular aceitabilidade – 7 artigos

Má aceitabilidade (se quanti, 49% ou menos) – 23 artigos

Variável de má, regular ou boa aceitabilidade – 7 artigos

Esta gradação foi usada como base para os quadros 3, 4, 5 e 6, apresentados no item (K), a seguir, no qual cada um dos 201 artigos foi associado com uma gradação de aceitabilidade por meio do seguinte código de cores:

Boa aceitabilidade (se quanti, 80% ou mais)– Vermelho

Variável de regular a boa aceitabilidade – Laranja

Regular aceitabilidade (se quanti, 50%-79%) – Amarelo

Variável de má a regular aceitabilidade – Verde

Má aceitabilidade (se quanti, 49% ou menos) – Azul

Variável de má, regular ou boa aceitabilidade – Cinza

Outra forma de agrupar tais resultados é compilando os artigos em cada categoria, com sobreposição entre as categorias:

Boa aceitabilidade (se quanti, 80% ou mais)– 152 artigos

Regular aceitabilidade (se quanti, 50%-79%) – 63 artigos

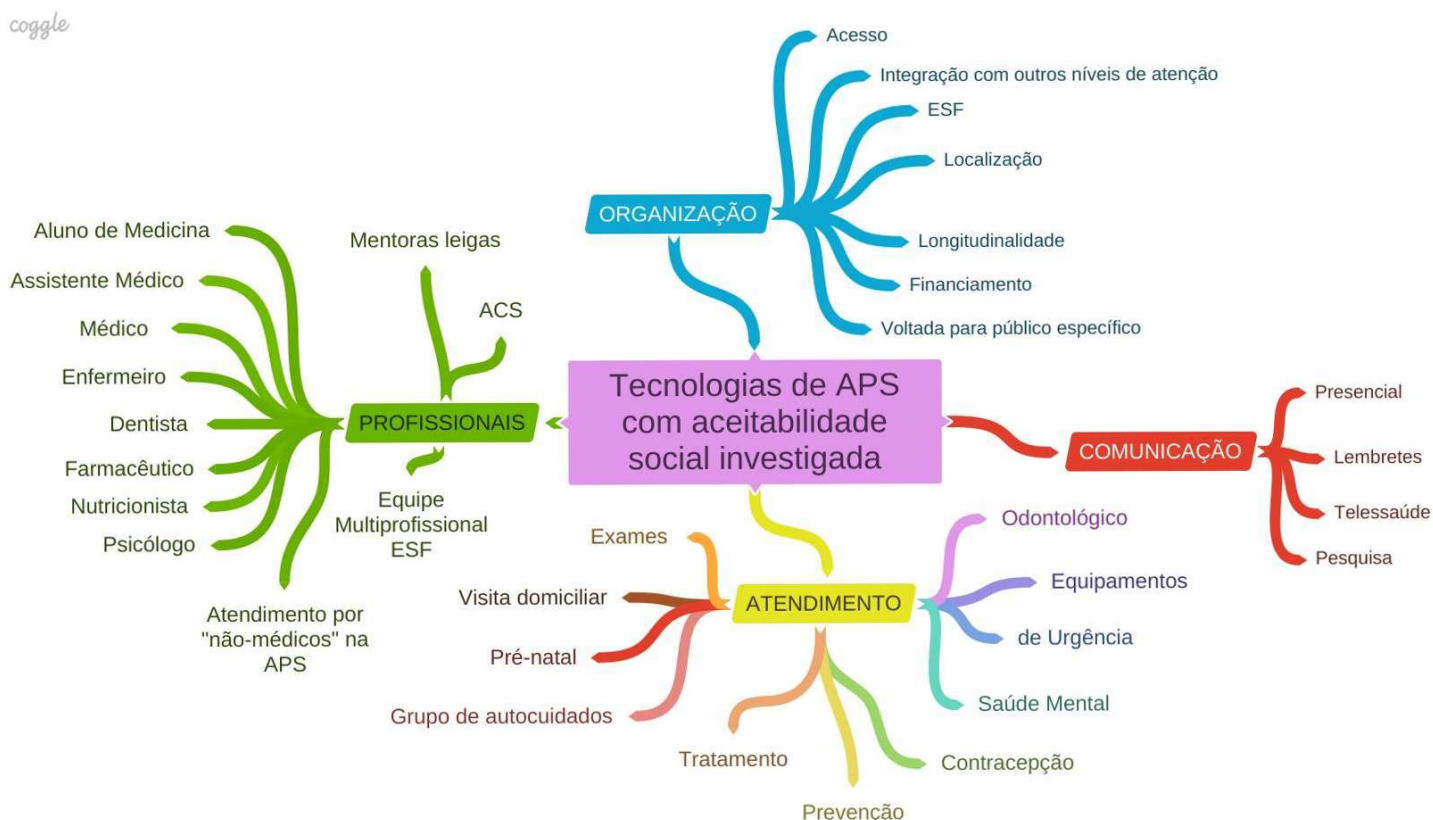
Má aceitabilidade (se quanti, 49% ou menos) – 37 artigos

K) Tecnologias de APS estudadas:

As tecnologias de APS encontradas nos 201 artigos foram classificadas em temas – algumas tecnologias de um mesmo artigo foram associadas a mais de um tema. A seguir, os temas foram agrupados, resultando nestes 4 grandes grupos temáticos, abaixo representados com suas primeiras subdivisões.

Nas páginas seguintes, cada um destes 4 grandes grupos temáticos está detalhado por meio de uma árvore temática e um quadro. Os quadros descrevem também sucintamente o grau de aceitabilidade daquela tecnologia identificado em cada artigo, além de conter destaque em negrito e grifado para as tecnologias sobre as quais ao menos um artigo apresentou uma conceituação explícita e especificada para “aceitabilidade” (ou seja, um artigo que faz parte dos 32 destacados nas tabelas 1 e 2 do item (I) acima).

FIGURA 4 – MAPA TEMÁTICO DAS TECNOLOGIAS DE APS ESTUDADAS NOS ARTIGOS COM OS 4 GRANDES TEMAS E PRIMEIRAS SUBDIVISÕES



FONTE: O autor (2021)



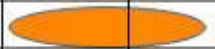












FIGURA 5 – MAPA DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “ORGANIZAÇÃO”



FONTE: O autor (2021)











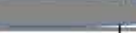
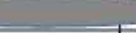



QUADRO 3 – QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “ORGANIZAÇÃO”

(continua)

		Graus de aceitabilidade			Referências
		Ruim	Regular	Boa	
ACESSO -->	Para imigrantes				DASTJERDI; OLSON; OGILVIE, 2012; CHENG; DRILLICH; SCHATTNER, 2015
	<u>Para imigrantes refugiados</u>				MANCHIKANTI et al., 2017
	<u>Agendamento</u>				OLIVEIRA et al., 2018 ^a
	Agendamento pela internet				ZHANG et al., 2015
	<i>Atendimento fora-de-hora</i>	  			CRAGG; CAMPBELL; ROLAND, 1994; SALISBURY, 1997; MORGAN et al., 2000; SALISBURY; MUNRO, 2003; GROL; GIESEN; VAN UDEN, 2006
	Direto ao médico pelo celular				BALI; SINGH, 2007
	Por equipe de referência				FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER, 2018
	Por Unidade Específica de APS				SÃO FRANCISCO SISTEMA DE SAÚDE, 2018
	<u>Para pacientes com doenças crônicas</u>				SONG et al., 2019
	Organizado por Lista de Pessoas				BAKER; STREATFIELD, 1995; POLLUSTE; KALDA; LEMBER, 2000, 2004

QUADRO 3 – QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “ORGANIZAÇÃO”

(continuação)

		Graus de aceitabilidade			Referências
		Ruim	Regular	Boa	
INTEGRAÇÃO	Organizado por Lista de Pessoas				BAKER; STREATFIELD, 1995; POLLUSTE; KALDA; LEMBER, 2000, 2004
	Consultoria entre MFCs				KINNERSLEY et al., 1999
	Consultoria com especialistas focais				JOSCHKO et al., 2018
	Com Serviço de Saúde Mental				YEUNG et al., 2004
	<u>Através de MFC como “gatekeeper”</u> (papel de porta de entrada obrigatória que filtra acesso a outros níveis de atenção)	 	 		HIMMEL; DIETERICH; KOCHEN, 2000; POLLUSTE; KALDA; LEMBER, 2000, 2004; GAN et al., 2016; LI et al., 2018
	Com Rede de Apoio Específica				SÃO FRANCISCO SISTEMA DE SAÚDE, 2018
	<u>Estruturação de acesso por equipe ESF</u>				GAIOSO, 2007; OLIVEIRA et al., 2018a
	<u>Interação e qualidade da comunicação</u>				GAIOSO, 2007
	<u>Informações sobre doenças</u>				OLIVEIRA et al., 2018a
	<u>Equipe Multiprofissional</u>				OLIVEIRA et al., 2018a
LOCAL	<u>Na comunidade</u>				PERRY et al., 1999
	Em serviço móvel				KUMAR et al., 2011; SKINNER; ZERR; DAMSON, 1995

QUADRO 3 – QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “ORGANIZAÇÃO”

(conclusão)

		Graus de aceitabilidade			Referências
		Ruim	Regular	Boa	
LO-CAL	Rural				POWERS, 1983
VOL	Usuários de drogas				ISLAM et al., 2012
TAD	Imigrantes				CHENG; DRILLICH; SCHATNER, 2015, MANCHIKANTI et al., 2017
FINA	HMO comparada com por procedimento				WALLACE; ENRIQUEZ-HAASS, 2001
NCI	Pagamento por performance para				LONG; HELWEG-LARSEN; VOLPP, 2008
AME	pacientes				
NTD					
	Longitudinalidade com o mesmo MFC				TARRANT et al., 2010

Fonte: O autor (2021).

Notas: As siglas usadas neste quadro foram: APS – Atenção Primária à Saúde; ESF – Estratégia Saúde da Família; HMO – “Health Maintenance Organization”; MFC – Médico de Família e Comunidade.

Legenda: Em negrito: tema de tecnologia de APS abordada em ao menos uma referência destacada por:

- ser uma revisão sistemática (negrito + itálico)
e/ou
- conter uma definição explícita para aceitabilidade (negrito + sublinhado)

Código de cores dos graus de aceitabilidade: Boa (se quanti, 80% ou mais);
Variável de regular a boa aceitabilidade;
Regular (se quanti, 50%-79%);
Variável de má a regular aceitabilidade;
Ruim (se quanti, 49% ou menos);
Variável de má, regular ou boa aceitabilidade.











FIGURA 6 – MAPA DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “COMUNICAÇÃO”



FONTE: O autor (2021)

QUADRO 4 – QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “COMUNICAÇÃO”

(continua)

			Graus de aceitabilidade			Referências
			Ruim	Regular	Boa	
PRESENCIAL ↑	Motivacional	Tocar no paciente				COCKSEGE et al., 2013
		Intervenção breve sobre uso de álcool				LITTLEJOHN, 2006
		Técnicas para perda de peso				STURGISS et al., 2017
		Comunicação para mudança comportamental de crianças com obesidade				MCKEE et al., 2010
	Educativa ↑	Comunicação educativa sobre desadoção de práticas de baixo valor				SILVERSTEIN et al., 2016
		Decisão sobre tratar				HUDSON et al., 2011
		Expectativas no cuidado				SCIAMANNA; DIAZ; MYNE, 2002
		Fármacos				VALLÈS et al., 2002; O'CONNOR et al., 2017
		Fármacos: B12 oral				KWONG et al., 2005
		Riscos à saúde em geral				NOBLE et al., 2015

QUADRO 4 – QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “COMUNICAÇÃO”

(continuação)

			Graus de aceitabilidade			Referências
			Ruim	Regular	Boa	
Presencial →	Educativa ↑	Riscos à saúde: fratura de quadril e tratamento				HUDSON et al., 2011
		Sobre identidade de gênero e orientação sexual				CAHILL et al., 2014
		Rastreamento				RUZEK et al., 2016
		Redução de frequência e duração de rastreamento de câncer de cólo de útero				SIROVICH; WOLOSHIN; SCHWARTZ, 2005
LEMBRETES		Cartas sobre citopatológico do cólo do útero				KARWALAJTYS et al., 2007
		Cartas sobre mamografia de rastreamento				KACZOROWSKI et al., 2009
		Sobre vacina para HPV				HENRIKSON et al., 2018
		Cartões para lembrar vacinas em crianças				LWEMBE et al., 2016
		Mensagens de celular para abstinência ao cigarro				SNUGGS et al., 2012
TELESSAÚDE->	TELEFONE ↑	Apoio à cessação tabágica				GIRGIS et al., 2011
		Monitoramento de casos				SÃO FRANCISCO SISTEMA DE SAÚDE, 2018
		Psicoterapia por telefone				TUTTY; LUDMAN; SIMON, 2005; MOHR et al., 2010
		Abordagem sobre uso de álcool				ABRAHAM et al., 2017







QUADRO 4 – QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “COMUNICAÇÃO”

(continuação)

			Graus de aceitabilidade			Referências
			Ruim	Regular	Boa	
→ Telessaúde	TELECONSULTAS	Tecnologias de informação sobre saúde				OR; KARSH, 2009
		Teleconsultas				JOHNSTON; MACDOUGALL; MCKINSTRY, 2016; BASHSHUR et al., 2016
		Teleatendimento: diabetes				LONG et al., 2005; TRIEF et al., 2008
		Teleatendimento: transtornos mentais		 		TUTTY; LUDMAN; SIMON, 2005; KALTENTHALER et al., 2008; SWINTON; ROBINSON; BISCHOFF, 2009; MOHR et al., 2010; CHOI et al., 2015, 2014; SOUCY; HADJISTAVROPOULOS, 2017
		Teleatendimento: insuficiência cardíaca				PRESCHER et al., 2013
		Comunicação online preventiva para adolescentes				MOLLEDA et al., 2017
	APLICATIVOS →	Puericultura				FOTHERGILL et al., 2013
		Abordagem do uso de álcool				SPEAR et al., 2016
		Letramento em saúde				YOST et al., 2010
		Qualidade de vida				ROGAUSCH et al., 2009
		Apoio à decisão				RUZEK et al., 2016

QUADRO 4 – QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “COMUNICAÇÃO”

(conclusão)

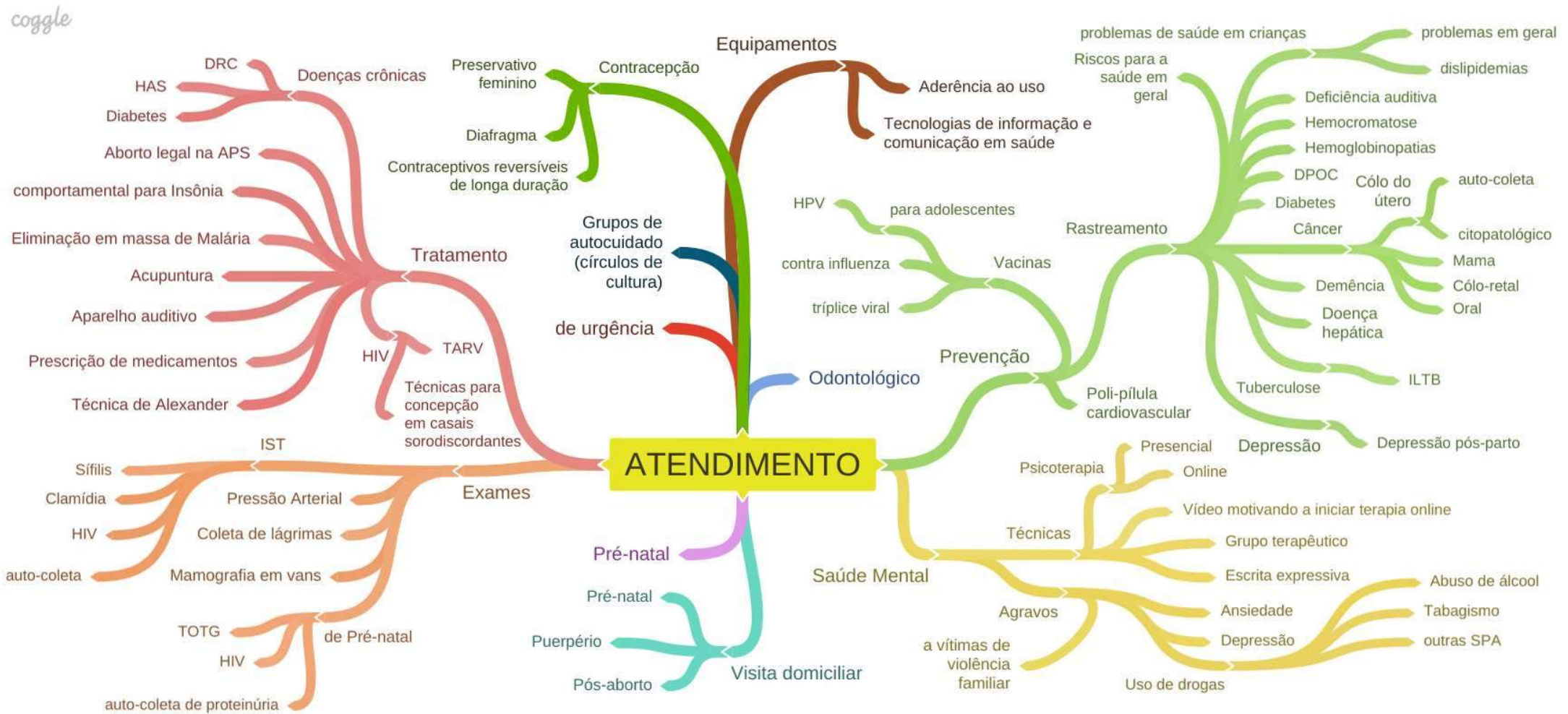
			Graus de aceitabilidade			Referências
			Ruim	Regular	Boa	
↑ Telessaúde	↑ Aplicativos	Apoio para prevenção em saúde mental				GOODYEAR-SMITH et al., 2013
		Diabetes				TORBJØRNSSEN et al., 2018, 2019
		Tratamento em saúde mental				MEWTON; SACHDEV; ANDREWS, 2013
		Expectativas no cuidado				SCIAMANNA; DIAZ; MYNE, 2002
PES_		Autorizar gravar consulta				JEPSON et al., 2017
QUISA		Consentir que gravação da consulta entre em base de dados nacional				JEPSON et al., 2017

Fonte: **O autor (2021).**Legenda: **Em negrito:** tema de tecnologia de APS abordada em ao menos uma referência destacada por:

- ***ser uma revisão sistemática (negrito + itálico)***
e/ou
- **conter uma definição explícita para aceitabilidade (negrito + sublinhado)**








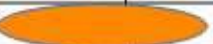
Código de cores dos graus de aceitabilidade: Boa (se quanti, 80% ou mais);
Variável de regular a boa aceitabilidade;
Regular (se quanti, 50%-79%);
Variável de má a regular aceitabilidade;
Ruim (se quanti, 49% ou menos);
Variável de má, regular ou boa aceitabilidade.

FIGURA 7 – MAPA DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “ATENDIMENTO”






QUADRO 5 – QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “ATENDIMENTO”

(continua)

		Graus de aceitabilidade			Referências
		Ruim	Regular	Boa	
EQUIPAMENTOS	Equipamentos de TIC em saúde (alarme remoto, sensor de posição, medidor de PA, equipamento de análise de sangue, balança digital)				ABOLHASSANI et al., 2019
	Caixa de remédios inteligente				CHOI, 2019
URGÊNCIA	Atendimento de urgência				HOOKER; HARRISON; PASHEN, 2010; DOAN et al., 2012
ODONTO	Atendimento odontológico				CONDESSA, 2015; BRADLEY et al., 2018
GRUPO	Grupos de autocuidado (círculos de cultura)				CORRÊA-LIMA et al., 2020
CONTRA-CEPÇÃO	Preservativo feminino				FRANCIS-CHIZORORO; NATSHALAGA, 2003
	Contraceptivos femininos de longa duração (DIUs e implantes)				HOOPES et al., 2016
	Diafragma				LUCHTERS et al., 2007

QUADRO 5 – QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “ATENDIMENTO”

(continuação)

			Graus de aceitabilidade			Referências
			Ruim	Regular	Boa	
PREVENÇÃO →		<u>Intervenções preventivas na APS</u>		  		DENBERG; ROSS; STEINER, 2007; BROTONS et al., 2012; NEUNER-JEHLE; SCHMID; GRÜNINGER, 2013; FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER, 2018
		Polipílulas para prevenção cardiovascular				LIU et al., 2015
	VACINAS	Vacinas para adolescentes				RAND et al., 2011
		Vacina HPV	 			BAIR et al., 2008; BRABIN et al., 2009; REITER et al., 2010; LAU et al., 2013; WANG et al., 2013; DEMPSEY et al., 2015a, 2015b; WANG et al., 2018; LAZALDE et al., 2018.
		Vacina influenza A H1/N1				LAU et al., 2009, 2010; SCHWARZINGER et al., 2010
		Vacina Tríplice Viral				BROWN et al., 2011
	Rastreamento	<u>Rastrear riscos à saúde em geral por questionário</u>				NOBLE et al., 2015
	→	Rastrear problemas de saúde em crianças				FOTHERGILL et al., 2013

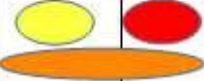










QUADRO 5 – QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “ATENDIMENTO”

(continuação)

			Graus de aceitabilidade			Referências
			Ruim	Regular	Boa	
↑ PREVENÇÃO ↑	↑ Rastreamento ↑	Rastrear dislipidemia na infância				SMITH; TURNER; KINRA, 2016
		Rastrear deficiência auditiva				DAVIS et al., 2007
		Rastrear hemocromatose				ANDERSON et al., 2015
		Rastrear hemoglobinopatias				DORMANDY et al., 2010
		Rastrear DPOC				ENOCSON et al., 2018
		Rastrear diabetes				PARK et al., 2008
		Rastrear câncer de cólo do útero por autocoleta				FORREST et al., 2004; KARWALAJTYS et al., 2007; WALLER et al., 2006; HOWARD et al., 2009; PENARANDA et al., 2014; DARENG et al., 2015; WONG et al., 2018
		<u>Rastrear câncer de cólo do útero por citopatológico</u>				SIROVICH; WOLOSHIN; SCHWARTZ, 2005; ARMSTRONG; JAMES; DIXON-WOODS, 2012; KUMAR et al., 2011
		Rastrear câncer de mama		 		BURACK; LIANG, 1989; WOLOSIN, 1989; GRAM; SLENKER, 1992; SKINNER; ZERR; DAMSON, 1995; KUMAR et al., 2011











QUADRO 5 – QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA "ATENDIMENTO"

(continuação)

			Graus de aceitabilidade			Referências
			Ruim	Regular	Boa	
→ PREVENÇÃO	↑ Rastreamento	Rastrear câncer colorretal				HOBBS et al., 1992; LEARD; SAVIDES; GANIATS, 1997; TASKILA, 2009; WALSH et al., 2013
		Rastrear câncer oral				KUMAR et al., 2011; PAUDYAL; FLOHR; LLEWELLYN, 2014
		Rastrear demência				HOLSINGER, 2011; FOWLER et al., 2012; BRAUN et al., 2014; DONG et al., 2014; HARRAWOOD, 2018
		Rastrear doença hepática				EYLES et al., 2013
		Rastrear tuberculose				BREWIN et al., 2006
		Rastrear infecção latente por tuberculose				LEVESQUE et al., 2004
		Rastrear depressão				HACKETT et al., 2019
		Rastrear depressão pós-parto				PARK et al., 2008
Saúde Mental →	TÉCNICAS →	<u>Psicoterapia por teleatendimento</u>				TUTTY; LUDMAN; SIMON, 2005; KALTENTHALER et al., 2008; SWINTON; ROBINSON; BISCHOFF, 2009; MOHR et al., 2010; CHOI et al., 2015, 2014; SOUCY; HADJISTAVROPOULOS, 2017













QUADRO 5 – QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “ATENDIMENTO”

(continuação)







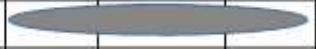









			Graus de aceitabilidade			Referências
			Ruim	Regular	Boa	
→ SAÚDE MENTAL →	→ TÉCNICAS	Psicoterapia presencial				MOHR et al., 2010; CRAMER et al., 2011; CHOI et al., 2014
		Vídeo motivando a iniciar psicoterapia online				EBERT et al., 2015
		Grupo terapêutico				FINUCANE; MERCER, 2006; MORRIS et al., 2018; SÃO FRANCISCO SISTEMA DE SAÚDE, 2018
		Escrita expressiva				CRAWLEY et al., 2018
	→ AGRAVOS →	Tratamento de ansiedade				FINUCANE; MERCER, 2006; CHATTERJEE et al., 2008; SOUZY; HADJISTAVROPOULOS, 2017; JONES et al., 2018
		Tratamento de depressão				TUTTY; LUDMAN; SIMON, 2005; FINUCANE; MERCER, 2006; CHATTERJEE et al., 2008; SWINTON; ROBINSON; BISCHOFF, 2009; CRAMER et al. 2011; CHOI et al., 2015, 2014
		Tratamento de uso abusivo de álcool				LITTLEJOHN, 2006; LIEBERMAN et al., 2014; NADKARNI et al., 2015; SPEAR et al, 2016; ABRAHAM et al., 2017
		Cessação de tabagismo				VAN ROSSEM, 2015

QUADRO 5 – QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “ATENDIMENTO”

(continuação)

			Graus de aceitabilidade			Referências
			Ruim	Regular	Boa	
→ Saúde de Men- tal	→ Agravos	Atendimento de usuários de drogas injetáveis				ISLAM et al., 2012
		Atendimento de vítimas de violência familiar				LOEFFEN et al, 2017
VISITA DOMICILIA- R		Visita domiciliar no pré-natal				GRANT et al., 2017
		Visita domiciliar no puerpério				GRANT et al., 2017
		Visita domiciliar em pós-aborto				PAUL et al., 2015
PRÉ- NATAL		Atendimento pré-natal				DANIEL; OLADAPO, 2006; DORMANDY et al., 2010; GRANT et al., 2017; TIERNEY et al., 2015; MORIKAWA et al., 2018; TUCKER et al., 2018
EXAMES ↑	PRÉ- NATAL	Teste Oral de Tolerância a Glicose em Pré-natal				TIERNEY et al., 2015
		HIV em Pré-natal				DANIEL; OLADAPO, 2006
		Proteinúria por autocoleta em Pré-natal				TUCKER et al., 2018
		Mamografia em vans na própria APS				SKINNER; ZERR; DAMSON, 1995
		Coleta de lágrimas				QUAH; TONG; BARBIER, 2014
		Medidas de pressão arterial (várias técnicas)				LITTLE et al., 2002; WOOD et al., 2016; TOMPSON et al., 2019

QUADRO 5 – QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “ATENDIMENTO”
(continuação)

			Graus de aceitabilidade			Referências
			Ruim	Regular	Boa	
→ EXAMES	IST	IST – autocoleta				LLEWELLYN, 2014; MORIKAWA et al., 2018
	HIV			  		DANIEL; OLADAPO, 2006; PROST et al., 2009; KINSLER et al., 2013; GLEW et al., 2014; TORRES et al., 2016; DOMÍNGUEZ-BERJÓN et al., 2017; BRADLEY et al. 2018
	Clamídia					MARRAZZO et al., 2007
↑ TRATAMENTO	HIV	Técnicas para concepção em casais sorodiscordantes para HIV				SCHWARZINGER et al., 2010
		Terapia antirretroviral				TOPP et al., 2010
		<u>Técnica de Alexander</u>				YARDLEY et al., 2009
		Prescrição de medicamentos de várias classes				SANSONE et al., 2003
		Aparelho auditivo		 		DAVIS, A. et al., 1992, 2007.
		Acupuntura				MCKEE et al., 2010
		Erradicação em massa de Malária				KAJEECHIWA et al., 2016
		<u>Tratamento comportamental de insônia</u>				BLUESTEIN; HEALEY; RUTLEDGE, 2011

QUADRO 5 – QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA "ATENDIMENTO"

(conclusão)

			Graus de aceitabilidade			Referências
			Ruim	Regular	Boa	
→ Tratamento		Aborto legal na APS				RUBIN et al., 2009
	DOENÇAS CRÔNICAS	<u>Atendimento para doenças crônicas</u>				SONG et al., 2019
		Atendimento para insuficiência cardíaca				PRESCHER et al., 2013
		<u>Atendimento para HAS com medicamentos</u>				HULTGREN; JONASSON; BILLHULT, 2014; YIP et al., 2018; MORAIS, 2019
		<u>Atendimento para Diabetes</u>				NOCON et al., 2004; LONG et al., 2005 ; TRIEF et al., 2008 ; TORBJØRNSSEN et al., 2018, 2019
		<u>Atendimento para Doença Renal Crônica</u>				REILLY et al., 2016

Fonte: **O autor (2021)**.

Notas: As siglas usadas neste quadro foram: TIC – tecnologias de comunicação e informação; PA – pressão arterial; DIU – dispositivo intrauterino; APS – Atenção Primária à Saúde; HPV – papilomavírus humano; DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; IST – infecções sexualmente transmissíveis; HIV – vírus da imunodeficiência humana; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.

Legenda: **Em negrito: tema de tecnologia de APS abordada em ao menos uma referência destacada por:**

- ***ser uma revisão sistemática (negrito + itálico)***
e/ou
- **conter uma definição explícita para aceitabilidade (negrito + sublinhado)**

Código de cores dos graus de aceitabilidade: Boa (se quanti, 80% ou mais);
Variável de regular a boa aceitabilidade;
Regular (se quanti, 50%-79%);
Variável de má a regular aceitabilidade;
Ruim (se quanti, 49% ou menos);
Variável de má, regular ou boa aceitabilidade.











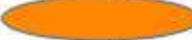
FIGURA 8 – MAPA DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “PROFISSIONAIS”



FONTE: O autor (2021)












QUADRO 6 – QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “PROFISSIONAIS”

(continua)

	Graus de aceitabilidade			Referências
	Ruim	Regular	Boa	
Agentes Comunitários de Saúde				BAYNES et al., 2017; GRANT et al., 2017
Mentoras leigas para apoio a mães vítimas de violência familiar				LOEFFEN et al., 2017
Estudantes de Medicina				BENTHAM et al., 1999; STACY; SPENCER, 1999
Assistente Médico ("Physician assistant")				LEGLER; CAWLEY; FENN, 2007; HOOKER; HARRISON; PASHEN, 2010; DOAN et al., 2012
Médico Residente				GROSS; CALLAHAN; MELE, 1998
Médico especialista em diabetes				NOCON et al., 2004
<u>Enfermeiro</u>		 		POWERS, 1983; OLADE, 1989; SALISBURY; MUNRO, 2003 ; CALDOW et al., 2007; TRIEF et al., 2008; COOPER et al., 2012; PARKER et al., 2014; BONNEY; MAGEE; PEARSON, 2014; YIP et al., 2018; EVERITT-PENHALE et al., 2019
Enfermeiro especialista em diabetes				NOCON et al., 2004; TORBJØRNSSEN et al., 2018
Enfermeiro especialista em genética				WESTWOOD et al., 2006

QUADRO 6 – QUADRO DESCRITIVO DAS TECNOLOGIAS DE APS AGRUPADAS NO TEMA “PROFISSIONAIS”

(conclusão)

	Graus de aceitabilidade			Referências
	Ruim	Regular	Boa	
Enfermeiro tutor de casos				SÃO FRANCISCO SISTEMA DE SAÚDE, 2018
Dentista				CONDESSA, 2015; LAZALDE et al., 2018
Farmacêutico				COOPER et al., 2012; SMITH; CANNON-BRELAND; SPIGGLE, 2014
Nutricionista				TRIEF et al., 2008
Psicólogo				AREAN; MIRANDA, 1996; TUTTY; LUDMAN; SIMON, 2005; MENDENHALL et al., 2014; NADKARNI et al., 2015; JONES et al., 2018
Atendimento por “não-médicos” na APS para prevenção				DENBERG; ROSS; STEINER, 2007
<u>Equipe Multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF)</u>				GAIOSO, 2007; OLIVEIRA et al., 2018

Fonte: O autor (2021).

Notas: As siglas usadas neste quadro foram: APS – Atenção Primária à Saúde; ESF – Estratégia Saúde da Família.

Legenda: Em **negrito**: tema de tecnologia de APS abordada em ao menos uma referência destacada por:

- ***ser uma revisão sistemática (negrito + itálico)***
e/ou

- **conter uma definição explícita para aceitabilidade (negrito + sublinhado)**

Código de cores dos graus de aceitabilidade: Boa (se quanti, 80% ou mais);
 Variável de regular a boa aceitabilidade;
 Regular (se quanti, 50%-79%);
 Variável de má a regular aceitabilidade;
 Ruim (se quanti, 49% ou menos);
 Variável de má, regular ou boa aceitabilidade.

L) Chama a atenção que, na maioria dos artigos dentro de 3 dos 4 grandes temas (Organização, Atendimento e Comunicação), as pesquisas trataram de situações nas quais os indivíduos não dispuseram de alternativa de comparação frente a qual estabelecer sua “aceitabilidade” sobre a tecnologia de APS em questão. Em contraste, as pesquisas sobre as intervenções realizadas por profissionais saúde de determinadas categorias usaram como comparação o atendimento por profissionais médicos.

Fora do grande tema “Profissionais”, este elemento de comparação esteve presente em 31 artigos:

- Dastjerdi (2012) e Cheng (2015) – no qual imigrantes comparam a APS de seus países de origem e destino;
- Zhang (2015) – no qual o agendamento de consultas pela internet é comparado com o agendamento telefônico usual;
- Karwalajtys (2006), Waller (2006), Penaranda (2014), Wong (2018), – no qual a auto-coleta de exame para HPV é comparada com a coleta de citopatológico pelo médico;
- Valles (2002) e O'Connor (2017): uso de medicamentos genéricos ou da marca de referência;
- Fundação São Francisco Xavier (2018): Projeto USIFAMILIA é comparado com o serviço usual do plano de saúde;
- São Francisco Sistema de Saúde (2018): Programa Viver Bem é comparado com o serviço usual do plano de saúde;
- Wallace (2001): APS prestada por HMOs ou por serviços financiados por procedimento;
- Morgan (2000): cenários de atendimento fora-de-hora com variação de atitude do médico, forma e local da consulta e tempo de espera;
- Lieberman (2014): cenários com diferentes modalidades de tratamento para uso abusivo de álcool;
- Himmel (2000): MFC como “gatekeeper” (papel de porta de entrada obrigatória que filtra acesso a outros níveis de atenção);

- Gan (2016) e Li (2018): unidades de APS com função “gatekeeper” em comparação com acesso direto a especialistas focais;
- Skinner (1995): mamografias em vans junto dos serviços de APS comparadas com mamografias nos serviços de imagem usuais;
- Little (2002), Wood (2016): medição de PA isolada no consultório comparada com isolada na residência e também com MAPA;
- Kwong (2005): repor vitamina B12 por via oral comparado com injetável;
- LEARD; SAVIDES; GANIATS, 1997; Taskila (2009): estratégias diferentes de rastreamento de câncer colorretal comparadas entre si;
- SIROVICH; WOLOSHIN; SCHWARTZ, 2005: citopatológico cada 3 anos comparado com frequência anual;
- Polluste (2000 e 2004): APS reformulada após a reforma nacional do sistema na Estônia, comparado com a vivência prévia;
- Tarrant (2000): experiências de atendimento inicial comparado com atendimentos com mesmo profissional ao longo do tempo;
- Condessa (2015): atendimento odontológico na APS do SUS e na saúde suplementar no Brasil;
- Johnston (2016): consultas por vídeo comparadas com consultas presenciais;
- Soucy (2017): cenários para tratar ansiedade com medicação, psicoterapia presencial ou psicoterapia online.
- Mohr (2010) e Choi (2015): cenários para atendimento psicológico presencial, por telefone ou online;
- Cooper (2003): tratamento antidepressivo por medicações comparado com tratamento por aconselhamento;

M) Considerando objetivos específicos da pesquisa, destaco a seguir quadro de resultados focada nos 7 artigos que avaliaram a aceitabilidade social de tecnologias da APS no Brasil:

QUADRO 7 – PRINCIPAIS INFORMAÇÕES TABULADAS DOS ARTIGOS SOBRE TECNOLOGIAS DE APS NO BRASIL

Autor principal	Ano	Título	População	Local	Conceito “aceitabilidade”	Metodologia	Tecnologia de APS	Resumo dos resultados	Grau
Gaioso	2007	SATISFAÇÃO DO USUÁRIO NA PERSPECTIVA DA ACEITABILIDADE E NO CENÁRIO DA SAÚDE DA FAMÍLIA	Adultos e idosos. 88% mulheres.	SUS, UBS ESF, Ribeirão Preto – SP.	Aspectos da qualidade do cuidado diretamente relacionados com as expectativas e satisfação dos pacientes (Donabedian). Composta de acessibilidade, relação médico (e equipe)-paciente, ambiência da unidade, preferências do paciente sobre efeitos e custos do tratamento e sobre o que considera justo.	Quanti-quali. Entrevista semi-estruturada, após análise de conteúdo. Amostra aleatória de 5% das famílias de cada UBS. 171 pessoas entrevistadas.	ESF, mais especificamente componentes acesso, interação interpessoal e qualidade do atendimento prestado.	Satisfação com: acessibilidade geográfica; duração da consulta; interação interpessoal. Insatisfação com: acessibilidade organizacional (em algumas UBS, com horário de atendimento); não distribuição de alguns medicamentos; não realização de alguns procedimentos; tempo na sala de espera; aspectos da ambiência; atendimento por estudantes do internato em Medicina. Desejo de agendamento em menor prazo.	Regular
Condessa	2015	AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM OS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NO BRASIL	População geral (por estratos etários, das capitais e maiores cidades do país).	SUS e serviços privados no Brasil	Medida da “dimensão humana” do modo como as pessoas são tratadas nos serviços de saúde. Percepção sobre a intervenção recebida, mensurada por meio da satisfação do usuário (avaliada quanto a diversas teorias e determinantes)	Quantitativa, sobre o banco de dados do Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2010.	Serviços odontológicos	Em geral boa aceitabilidade, embora menor satisfação relativa para com os serviços odontológicos recebidos via SUS em todos os grupos, mas particularmente em adolescentes.	Variável de regular a boa
Oliveira	2017	AVALIAÇÃO DA ACEITABILIDADE DO USUÁRIO/FAMÍLIA SOBRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	Adultos e idosos. Baixa escolaridade, baixa renda. 89% mulheres.	SUS, UBS ESF. Município de Vera Cruz, RM Salvador – BA	Sinônimo de satisfação. Pilar de qualidade do cuidado (Donabedian). A aceitabilidade pode ser definida como um conjunto de aspectos na relação médico-paciente e paciente-sistema de saúde, sendo compreendida como a garantia de várias premissas, como a facilidade de acesso, a relação médico-paciente (e equipe de saúde-usuário), o meio (o ambiente) e a construção (estrutura), preferências do paciente quanto aos efeitos e dos custos de tratamento e tudo o que o paciente considera ser justo e equitativo (Gaioso).	Quantitativa, questionário estruturado, amostra de conveniência, 217 pessoas	ESF, mais especificamente avaliada quanto a informações recebidas sobre doença, marcação de consultas, qualidade do atendimento dos diversos profissionais da equipe multiprofissional.	Baixa satisfação com a maneira de obter ficha para consulta. Boa satisfação com a qualidade do atendimento (possível viés de gratidão, ou talvez baixas expectativas prévias). Maior aceitabilidade do dentista e do ACS dentre os profissionais da equipe ESF, por maior percepção de relações interpessoais acolhedoras.	Variável de ruim a boa

Autor principal	Ano	Título	População	Local	Conceito “aceitabilidade”	Metodologia	Tecnologia de APS	Resumo dos resultados	Grau
Fundação São Francisco Xavier	2018	PROJETO USIFAMÍLIA	Beneficiários do plano de saúde em geral.	Brasil – privado, MG.	Aceitar a intervenção	Relato de caso	Equipe de referência de APS para ações preventivas, curativas e de promoção da saúde.	66% dos beneficiários aderiram ao programa, com 98% de satisfação dentre os que aderiram.	Regular
São Francisco Sistema de Saúde	2018	PROGRAMA VIVER BEM	Pacientes com patologias crônicas, idosos ou “hiperutilizadores”.	Brasil – privado. SP, MG, GO, MT, MS.	Aceitar a intervenção	Relato de caso	Monitoramento telefônico, tutor de enfermagem, unidade de saúde específica, grupos educativos, rede de apoio específica,	7% dos beneficiários aderiram.	Ruim
Corrêa-Lima	2018	REFLEXÕES SOBRE A IMPLANTAÇÃO DE NOVAS ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO POPULAR EM UMA ESF DE UM MUNICÍPIO DO LESTE DE MINAS GERAIS	Usuários da UBS ESF que compareceram após convites distribuídos pelas ACS.	SUS, UBS ESF, Governador Valadares – MG	Percepção sobre a intervenção recebida	Quantitativo (escala Likert)	Grupos de autocuidado (“Círculos da Cultura” - Paulo Freire)	Boa aceitabilidade (necessário melhorar forma de avaliação)	Boa
Morais	2019	O APOIO SOCIAL E A SATISFAÇÃO DE HIPERTENSOS COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	Adultos com HAS	SUS, João Pessoa – PB	“Aceitação e aprovação de um serviço de saúde por parte de uma população e de sua rede de apoio social, interligando com a percepção do tipo de apoio social prestado por essa rede.”.	Quantitativo	Tratamento de HAS	Maior satisfação com os aspectos adesão, vínculo e elenco de serviços de APS, além da dimensão apoio emocional/informacional na rede de apoio social.	Boa

FONTE: O autor (2021)

4.2 INTERPRETAÇÃO DE POSSÍVEIS SIGNIFICADOS

(inserido como parte dos Resultados, conforme estruturação de resultados de revisão de escopo proposta por (LEVAC; COLQUHOUN; O'BRIEN, 2010), apesar de tratar de análises frequentemente abordadas apenas na seção Discussão de muitas publicações)

4.2.1 Comparações dentro dos temas e entre os temas identificados

A grande variedade de temas encontrados no conjunto total em análise indica o amplo escopo da Atenção Primária à Saúde em si.

A relativa dificuldade em encontrar artigos sobre a aceitabilidade social dentro do universo muito amplo de artigos inicialmente identificados aponta para certa raridade no uso direto de tal conceito no campo das pesquisas em APS, isto apesar de “aceitabilidade social” ser parte da clássica definição de Atenção Primária à Saúde formulada em Alma-Ata. A noção de aceitabilidade social pode, contudo, ter sido investigada por meio de outros conceitos semelhantes, como os tabulados no item (H).

A diversidade geográfica, temporal e de populações estudadas indica a grande gama de possibilidades para o estudo de aceitabilidade social de tecnologias na APS. Além disto, tal diversidade pode, a princípio, dar a impressão de que o tema da aceitabilidade social já estaria bem explorado, o que é falso, pois deve-se lembrar que muitos dos países e populações específicos descritos foram estudados apenas para uma ou algumas poucas das muitas tecnologias apresentadas na árvore temática – e, em geral, com conceitos de “aceitabilidade social” apenas implícitos ou simples e operacionais.

O escopo de pesquisas foi bem maior e mais diverso no Reino Unido (representado principalmente pela Inglaterra) e nos EUA. Outros países de língua inglesa também estiveram mais representados na amostra do que a média dos países citados no conjunto. Apesar do processo de identificação de artigos ter incluído artigos em português e em espanhol, estes foram muito menos representados, seja por menor frequência do uso do conceito, pela menor frequência

da realização de pesquisas científicas em geral, pela menor frequência da realização de pesquisas sobre tecnologias da APS em específico ou, ainda, por menor frequência da publicação de pesquisas realizadas.

Apesar de “aceitabilidade social” constar da definição de APS formulada em 1978 em Alma-Ata, não parece ter sido um conceito muito desenvolvido nas pesquisas científicas das primeiras décadas a partir de então, havendo um aumento da investigação deste tópico crescente desde 2003. Esta variação temporal pode também decorrer, em parte, do aumento da frequência das publicações científicas em geral.

Quanto às populações estudadas nos artigos, estiveram mais representados as adultas e as idosas, havendo muito menos investigação sobre a aceitabilidade de tecnologias da APS por parte de adolescentes, e não havendo investigação direta da aceitabilidade por crianças, sendo rara até mesmo a investigação indireta (mediada por mães, pais e/ou avós) da aceitabilidade de tecnologias de APS voltadas para crianças. Dentre os muitos artigos que focaram em população adulta e/ou idosa é interessante ver como muitos especificaram determinados grupos sociais dentro destas categorias etárias, tanto especificações relacionadas ao status de saúde/doença, como certas doenças crônicas ou medicações em uso, quanto especificações ligadas a outros determinantes sociais do adoecimento, como sexo, gênero e orientação sexual, raça ou etnia (nos EUA, Inglaterra, Austrália, Canadá ou Israel), cultura, renda, região de moradia. Além dos diversos artigos que selecionaram para pesquisa apenas mulheres, alguns dos quais definiram-se por apenas mulheres com certas características específicas de diversos determinantes de saúde ou doença, vários dos artigos que buscavam pesquisar a população geral de adultos e/ou idosos acabaram relatando em seus resultados terem tido maior sucesso em obter participação efetiva de mulheres do que de homens. Houve alguns poucos artigos que definiram seu público-alvo por características de interação com os serviços de APS (como alta frequência crônica, vínculo antigo com mesmo GP ou ser da área de abrangência de determinada equipe ESF).

Predominaram artigos com métodos quantitativos, tanto no conjunto dos artigos quanto em todos os subgrupos de acepções de aceitabilidade, até mesmo

naqueles que usaram conceitos relacionados a percepções sobre uma tecnologia – o que vale destacar já que, para aprofundar o conhecimento sobre as percepções relacionadas às tecnologias, pode-se argumentar existir vantagem no uso adequado de métodos qualitativos (AYALA; ELDER, 2011).

Alguns artigos avaliaram grupos de tecnologias aplicadas ao mesmo tempo, por exemplo: Estratégia Saúde da Família no Brasil (GAIOSO, 2007; OLIVEIRA et al., 2018), projetos de avanço de APS planos de saúde privados no Brasil (SAÚDE, 2018; XAVIER, 2018), avaliação da reforma da APS na Estônia (POLLUSTE; KALDA; LEMBER, 2000, 2004), APS voltada para públicos específicos (CHENG; DRILLICH; SCHATTNER, 2015; ISLAM et al., 2012; MANCHIKANTI et al., 2017), APS com organização e prioridades definidas por participação da comunidade (na Bolívia, (PERRY et al., 1999)). Apesar disto, se verificou maior frequência do estudo de tecnologias específicas separadamente.

Dentro de dois dos quatro grandes temas, Organização da APS e Profissionais exercendo a APS, foi mais frequente identificar artigos com conceituação específica para a aceitabilidade social, assim como clareza na base teórica para o conceito estudado. Ainda assim, mesmo dentro destes temas prevaleceram definições implícitas ou simples e operacionais, como ocorreu na grande maioria dos artigos voltados a tecnologias contidas nos dois grandes temas restantes, Comunicação e Atendimento.

Observando a frequência com que os temas surgiram no conjunto da tabulação temática das tecnologias pesquisadas nos 201 artigos, destacam-se doze tecnologias que surgiram com maior frequência – investigadas, portanto, numa variedade maior de cenários de prática e apresentações específicas:

- 1) Organização: Acesso; Estratégia Saúde da Família (ESF);
- 2) Comunicação: Teleatendimento; Aplicativo;
- 3) Atendimento: Vacina; Exame; Psicoterapia; Pré-natal; HPV; HIV; Câncer;
- 4) Profissionais: Enfermeiro.

Ter sido investigado em maior variedade de situações e formulações, entretanto, não indica necessariamente que tal tecnologia foi avaliada como socialmente aceitável sempre – aliás, dentre estes doze subtemas de maior frequência, apenas os artigos investigando “Aplicativos” tiveram resultado de aceitabilidade sistematicamente favorável. Nos demais casos, coexistem artigos com resultados de boa aceitabilidade com outros de resultados mais desfavoráveis.

A maior frequência de artigos com boa aceitabilidade pode indicar uma tendência de que a maioria das tecnologias de APS seja de fato bem aceitável, mas também pode decorrer de efeito de viéses das pesquisas e/ou de efeito de favorecimento de publicação de resultados positivos.

4.3 ANÁLISE DAS POSSÍVEIS LACUNAS NO ESTUDO DA ACEITABILIDADE SOCIAL DE TECNOLOGIAS DE APS :

- I. Quanto aos países: poucos artigos principalmente em países não-anglófonos, em especial da América Latina e do leste europeu.
- II. Quanto a temporalidade dos estudos: poucos estudos que avaliem mudanças na aceitabilidade de tecnologias de APS em determinada sociedade ao longo do tempo.
- III. Quanto às populações pesquisadas:
 - a) foram pouco abordadas no conjunto dos artigos estudados os seguintes grupos:
 - a) crianças; adolescentes;
 - b) grupos de minorias étnicas e culturais em países não-anglófonos;
 - c) pessoas de variadas identidades de gênero e orientação sexual;
 - d) no Brasil, usuários de serviços de saúde privados e de unidades de APS do SUS que não se organizem pelo modelo ESF;
 - e) pessoas em situação de rua;
 - f) pessoas com deficiências.

IV. Quanto aos conceitos utilizados: foi identificada uma grande falta de estudos que usem definições de aceitabilidade social que sejam explícitas, bem definidas e tenham base teórica clara – para a maioria das tecnologias de APS, especialmente dentro dos temas de Comunicação e Atendimento. E foi muito raro o uso de conceitos de aceitabilidade social vinculados à definições de Confiança e de Participação Social.

V. Quanto à metodologia: foram raros os artigos de revisão.

VI. Quanto às tecnologias de APS:

- a) Pouco estudo de modelos que contém múltiplas tecnologias de APS;
- b) Estudos que avaliassem diferentes formas de adscrição geográfica entre usuários e equipes/unidades de APS;
- c) Apenas um artigo avaliou claramente efeito da Longitudinalidade e Continuidade de atendimento pelo mesmo profissional médico – não se identificou estudos avaliando Longitudinalidade ligada a equipes multiprofissionais;
- d) Não se identificou estudos sobre a aceitabilidade de diferentes tempos de duração de consulta;
- e) Não se identificou estudos sobre aceitabilidade dos registros eletrônicos de atendimento, assim como dos vários métodos de controle da privacidade dos dados registrados;
- f) Poucos estudos sobre a aceitabilidade de métodos de Prevenção Quaternária na APS;
- g) Poucos estudos investigaram a aceitabilidade de tecnologias de APS voltadas à atenção familiar;
- h) Poucos artigos sobre atenção domiciliar;
- i) Menos frequentes estudos sobre muitas categorias de profissionais de saúde que atuam na APS (só foi investigada com frequência a aceitabilidade do papel ou de certas ações de enfermeiros e médicos);
- j) Poucos estudos voltados à percepção de pacientes com demandas musculoesqueléticas, gastrointestinais e odontológicas;
- k) Poucos estudos relacionados a pessoas com deficiência e processos de reabilitação;

- I) Poucos estudos sobre a aceitabilidade de procedimentos cirúrgicos na APS.

4.4 CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS PARA OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Foram definidos como objetivos específicos:

- Identificar como tem sido definida e investigada a aceitabilidade social de serviços de Atenção Primária à Saúde (já abordados nos resultados apresentados nos itens (G) e (I) da seção 4.1, acima);
- Identificar tecnologias de implementação de serviços de APS que tenham sido estudados quanto a sua aceitabilidade social:
 - no Brasil, no SUS e na Saúde Suplementar;
 - em outros países.

A maior parte da análise dos resultados discorreu sobre o conjunto de todos os países. Considerando o volume de artigos, foi experimentado realizar uma análise a parte para o conjunto de artigos da Inglaterra e o conjunto dos EUA, porém as análises preliminares destes dois conjuntos não mostraram características específicas que os diferenciasssem do conjunto total de artigos revisados.

Assim, cabe agora tecer considerações para este segundo objetivo específico com foco no Brasil:

Como consta na Tabela 3, foram 7 os artigos que analisaram a aceitabilidade social de tecnologias de APS no Brasil, sendo 4 deles no SUS (CORRÊA-LIMA et al., 2020; GAIOSO, 2007; MORAIS, 2019; OLIVEIRA et al., 2018), 2 na saúde suplementar (SAÚDE, 2018; XAVIER, 2018) e 1 tanto no SUS quanto na saúde suplementar (CONDESSA, 2015).

As tecnologias de implementação de serviços de APS estudadas foram: equipes de referência em APS do tipo Estratégia Saúde da Família (2 artigos) ou associadas a outras tecnologias de APS implantadas na saúde suplementar (outros 2 artigos), serviços odontológicos em geral no SUS e na saúde suplementar (foco único de 1 artigo e também abordado parcialmente nos 2 artigos sobre ESF) , grupos de autocuidado conforme “Círculos da Cultura” de Paulo Freire , e tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Comparando esta amostra do Brasil com o conjunto de artigos da revisão de escopo como um todo, algumas diferenças se destacam:

- I. ocorreram com frequência artigos que investigaram a aceitabilidade de modelos compostos por múltiplas tecnologias de APS associadas – tanto os 2 com foco na ESF quando os 2 focando modelos de APS implantados na saúde suplementar;
- II. talvez em parte decorrente desta investigação simultânea de múltiplas tecnologias, os graus de aceitabilidade tiveram maior variabilidade detectada entre ruim, regular e boa, não havendo a acentuada predominância de boa aceitabilidade que foi vista no conjunto total dos artigos;
- III. ocorreram com frequência artigos que definiram mais claramente o conceito de aceitabilidade – em 4 dos 7 artigos – assim como artigos que usaram base teórica clara na definição do conceito;
- IV. predominou o uso de conceitos de aceitabilidade ligados ao conceito de Qualidade (especialmente como postulado por Donabedian); por outro lado, não ocorreram pesquisas sobre a intenção de aceitar ou não determinada tecnologia, assim como não ocorreram pesquisas com conceitos de aceitabilidade vinculados claramente às acepções de Confiança e Participação;

- V. não ocorreram investigações de aceitabilidade com foco definido em diversas subpopulações com determinantes específicos de saúde e doença que chegaram a ser investigadas em artigos de outros países;
- VI. não ocorreram artigos das décadas de 80 e 90, havendo um artigo de 2007 (Gaiosio) e os demais sendo entre 2015 e 2019;
- VII. predominaram artigos com metodologia quantitativa, não ocorreram artigos de revisão e foi menos frequente o uso de metodologia qualitativa, que nesta amostra do Brasil só ocorreu como parte de um artigo, o da pesquisa quanti-quali de Gaiosio (2007);
- VIII. ocorreram com maior frequência artigos que pesquisaram serviços de odontologia na APS – presente em 3 dos 7 artigos brasileiros, embora em apenas 2 dos demais 194 artigos da amostra - Bradley (2018) e Lazalde (2018) – situação possivelmente relacionada ao fato de que, em muitos países, a odontologia não está integrada aos serviços de APS públicos.

Analisando esta amostra de artigos do Brasil, o uso do conceito de aceitabilidade para avaliar tecnologias de APS parece ter tido menos relevância em nosso país do que, por exemplo, no Reino Unido ou nos EUA. É bem possível que conceitos semelhantes, como os listados no item (H) acima, tenham sido mais utilizados para pesquisar estes fenômenos. Apesar de conter poucos artigos, o escopo de tecnologias pesquisadas e de conceitos bem definidos utilizados é maior do que o simples número de artigos faria supor; ainda assim, as lacunas de investigação são maiores do que as vistas no conjunto total dos artigos desta revisão de escopo, não havendo ocorrências brasileiras de pesquisas com foco na maior parte das tecnologias de APS investigadas mundo afora. Além disso, estes poucos artigos sobre o tema identificados no Brasil não abordaram uma das mais frequentes acepções para “aceitabilidade” no mundo: “a intenção de aceitar ou não uma tecnologia”.

5. DISCUSSÃO

O número de artigos encontrado não foi tão escasso quando imaginado a princípio, principalmente pela extensão do encontrado na base de dados Medline com o uso do MeSH “Patient acceptance of health care”, e pela metodologia desta revisão ter priorizado o escopo do campo por meio de estratégia com grande sensibilidade de detecção de artigos, mesmo que às custas de menor especificidade sobre conceitos de aceitabilidade. Assim, foi encontrado um escopo bastante variado de tecnologias de APS investigadas, embora ainda com muitas lacunas identificáveis.

O achado de que a investigação científica neste campo parecer ter tido grande crescimento nas últimas duas décadas foi associado à identificação de pesquisas usando alguma forma a noção de “aceitabilidade” em uma grande variedade de modelos de Atenção Primária à Saúde no mundo todo. Apesar disso, não foi possível correlacionar possíveis efeitos de contextos distintos com diferenças nos graus de aceitabilidade de tecnologias usadas na APS que tenham sido investigadas em mais de um artigo – nem mesmo para os dois países com maior volume de publicações encontradas, Reino Unido (Inglaterra) e Estados Unidos da América, que apresentam contextos muito distintos para a realidade da Atenção Primária à Saúde e para outros determinantes sociais de saúde e doença que também poderiam afetar a aceitabilidade social.

A maior escassez de artigos identificados fora de países desenvolvidos anglófonos pode refletir diversos fatores, começando pela assimetria nas condições propícias ao desenvolvimento de pesquisas científicas em geral (e na investigação de serviços de saúde em específico), mas também envolvendo diferenças nas tradições de linhas de pesquisa, que em outros países podem até investigar temas semelhantes, mas mediante outros conceitos, no lugar de “aceitabilidade”.

É interessante como parece haver pouca intersecção entre os estudos teóricos sobre aceitabilidade social e as pesquisas sobre a aceitabilidade específica de determinadas tecnologias de Atenção Primária à Saúde. Apesar da influência persistente da definição de Atenção Primária formulada em Alma-Ata nas pesquisas

científicas relacionadas à APS em geral (ROLAND; ROLAND, 2019), este aspecto específico da definição de Alma-Ata não atingiu relevância semelhante à da definição de APS de Alma-Ata em si. Em retrospecto, aliás, parece provável que o conceito “aceitabilidade social” usado na definição de APS de Alma-Ata (WHO, 1978) tenha tido significados diferentes para os países signatários e para os formuladores de políticas de saúde que vem utilizando tal definição. É possível também que a menor visibilidade deste conceito ajude a explicar a menor ênfase em “aceitabilidade visual” na definição de Atenção Primária à Saúde presente na mais recente Declaração de Astana (WHO, 2018).

De qualquer forma, o conjunto de 201 artigos identificados nesta revisão de escopo demonstra que a “aceitabilidade social” de tecnologias de APS é passível de investigação relacionada a uma grande variedade de contextos, nuances conceituais e metodologias.

Boa parte das definições de aceitabilidade encontradas na revisão de literatura preliminar não foi diretamente incorporada em nenhum dos 201 artigos desta revisão de escopo – indicando oportunidade de avanço conceitual do campo de estudos com: a incorporação de indicadores mais voltados para confiança do que para satisfação (DYER; OWENS; ROBINSON, 2016); o uso mais adequado de métodos qualitativos para investigar este conceito, inclusive com participação da comunidade na pesquisa (AYALA; ELDER, 2011); a devida atenção a cada um dos diversos elementos que compõe a rigoroso e detalhada definição de Sekhon et al (SEKHON; CARTWRIGHT; FRANCIS, 2018); as noções de julgamento comparativo e mudança de comportamento em grupo (BRUNSON, 1992). No Brasil, se destacou também a ausência de pesquisas sobre a “intenção de aceitar” determinada tecnologia de APS, uma das acepções mais frequentes do conceito nas pesquisas ocorridas mundo afora – indicando uma relativa invisibilidade do aspecto da aceitabilidade baseado nas “respostas cognitivas e emocionais antecipatórias”, conforme a definição de Sekhon, Cartwright e Francis (2018).

Em contraponto ao uso de definições mais elaboradas como as mencionadas, pode-se argumentar que definições mais rigorosas para um conceito, ao ampliar as propriedades contidas nele, acabam limitando suas instâncias de possível aplicação

(MENDONÇA, 1985). Isto indica que definições mais simples para o conceito “aceitabilidade social” podem seguir tendo seu valor e papel na ampliação da investigação neste campo – desde que fique claro, contudo, a opção consciente por definições mais simples para o conceito, assim como as limitações que cada significado simplificado acarreta ao não abarcar tudo que pode ser considerado “aceitabilidade”.

À luz dos resultados obtidos na revisão de escopo, vale a pena discutir aqui algumas das definições apresentadas inicialmente na revisão de literatura.

A definição mais rigorosa encontrada foi:

A “aceitabilidade” é um construto multi-facetado que reflete a extensão com que pessoas provendo ou recebendo uma intervenção em saúde a consideram apropriada, com base em respostas cognitivas e emocionais antecipatórias ou experimentadas com a intervenção. A estrutura teórica de “aceitabilidade” consiste em sete componentes: a atitude afetiva, a carga, a efetividade percebida, a adequação ética, a coerência da intervenção, os custos de oportunidade e a autoeficácia. (SEKHON; CARTWRIGHT; FRANCIS, 2017, p. 4)

Nesta revisão de escopo, por focar na aceitabilidade social, foram selecionados artigos que investigaram as pessoas recebendo, ou passíveis de receber, a intervenção em saúde em questão – não incluindo pesquisas apenas sobre os provedores das intervenções, outro aspecto trazido nesta definição. De qualquer forma, é interessante como esta definição agrega as respostas “antecipatórias” e as “experimentadas” como partes integrantes da “aceitabilidade”, integrando 2 dos 3 núcleos de acepções mais frequentes entre os artigos da revisão de escopo: “percepção sobre uma tecnologia” e “intenção de aceitar ou não uma tecnologia” (respectivamente, I e II do item (I), acima). Apesar desta amplitude conceitual, esta definição não abrange claramente o elemento comportamental de escolher “aceitar ou não uma tecnologia” em si, representado pela acepção III do item (I). Desta forma, esta definição enfatiza, no âmbito cognitivo, o processo de decisão sobre o comportamento de escolha, abrangendo a decisão sobre como julgar a intervenção tanto antes quanto após a ocorrência desta. Abrange também os aspectos emocionais imbricados com os cognitivos nestes processos de decisão.

No detalhamento da estrutura teórica, a definição de Sekhon, Cartwright e Francis desenvolve quais seriam os componentes desta “percepção” e da “intenção de responder” à tecnologia proposta. Repassando cada um destes 7 componentes, identificamos que todos eles foram abordados em ao menos alguns dos 201 artigos encontrados apesar de, na maioria das vezes, a discussão dos resultados de cada pesquisa tenha incluído apenas um ou alguns destes componentes. Isto indica que o uso desta definição na base teórica de novos estudos sobre aceitabilidade poderia tornar mais completa a descrição dos resultados e suas possíveis implicações.

Outra definição, que também foca no processo de decisão para configurar “aceitabilidade”, é a de Brunson:

Processo de julgamento pelo qual indivíduos comparam a realidade percebida com as alternativas conhecidas e decidem se a condição atual é superior ou suficientemente semelhante à condição alternativa mais favorável; caso a condição atual seja julgada insuficiente, o indivíduo iniciará comportamentos – frequentemente em grupo – que acredita que mudarão as condições na direção da mais favorável. (BRUNSON, 1992, p. 9).

Novamente, não se abarcou a ideia isolada de escolha, vinculada ao simples comportamento de “aceitar ou não uma tecnologia”, como foi visto em tantos dos estudos (acepção III do item (I)). Mas dois outros elementos presentes na definição de Brunson chamam a atenção por serem escassos nos artigos revisados: a implicação de que, caso o processo de julgamento levasse a conclusão da situação ser menos aceitável, passaria a ocorrer uma mudança comportamental (frequentemente em grupo); e a estipulação de que deveria haver uma comparação, por parte dos indivíduos, entre a tecnologia de APS apresentada a eles e alguma alternativa – como apresentado nos artigos listados no item (I) dos resultados e, também, no entendimento de “aceitabilidade” como um dos fatores determinantes de recomendações na Avaliação de Tecnologias em Saúde (BRASIL, 2014).

Já na análise específica dos artigos realizados no Brasil, o conceito de aceitabilidade social esteve associado a uma menor variedade de significados, tendo sido vinculado a 4 das 7 acepções presentes no conjunto total de artigos: aceitar ou não a tecnologia, percepções sobre a tecnologia, acesso à APS, e avaliação de qualidade do cuidado prestado na APS por meio da tecnologia. Não ocorreram

artigos envolvendo a acepção de “intenção de aceitar a tecnologia”, relacionada com as “respostas cognitivas e emocionais antecipatórias” mencionadas na definição de Sekhon, Cartwright e Francis (2017), mesmo sendo esta acepção uma das mais frequentemente usadas mundo afora – o que sugere uma lacuna particularmente relevante na investigação de tecnologias da APS no Brasil, embora tal lacuna possa vir sendo investigada com o uso de algum dos demais conceitos semelhantes a aceitabilidade. De qualquer forma, é possível que isto indique uma ausência de pesquisas destinadas a estudar a aceitabilidade social de novas tecnologias na APS no Brasil antes que elas sejam implantadas.

As outras duas acepções que não ocorreram entre os estudos brasileiros foram raras no conjunto total de artigos: aceitabilidade como ligada aos conceitos de “Confiança” ou “Participação”. A ausência de pesquisas sobre aceitabilidade como “confiança” pode ter a ver com esta acepção ter sido ressaltada na literatura mais recentemente (como em DYER; OWENS; ROBINSON, 2016), mas é especialmente curioso não ter encontrado artigos sobre aceitabilidade ligada ao conceito de “Participação”. Afinal, “participação da comunidade” é uma das diretrizes de organização do SUS (BRASIL, Constituição de 1988), tendo sido estruturada através de diversas instâncias de controle social que incluem a representação de vários segmentos sociais e tem caráter avaliador, formulador, fiscalizador e deliberativo das políticas de saúde (BRASIL, Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990).

Um entendimento possível é que o controle social das políticas de saúde aplicadas na Atenção Básica (aqui considerada como sinônimo de Atenção Primária à Saúde – APS) confere “aceitabilidade social” às mesmas, pelo menos no sentido de “aceitar ou não uma tecnologia”, e algumas vezes até mesmo significando a “intenção de aceitar ou não uma tecnologia” (acepção que, como visto, não apareceu por si só entre os artigos do Brasil na amostra). Mesmo assim, a maior amplitude de possíveis significados para “aceitabilidade social” encontrada nesta Revisão de Escopo, associada à persistência dos indícios de baixa aceitabilidade de tecnologias da APS no Brasil indicados na Revisão de Literatura inicial, sugerem que o controle social vigente não tem conferido toda a “aceitabilidade social” possível às tecnologias propostas ou já implantadas na APS brasileira. Isto pode decorrer das dificuldades no funcionamento adequado do controle social institucionalizado e/ou

na efetivação limitada da participação da comunidade se entendida apenas como controle social – lembrando que Gilson Carvalho (2014) enfatiza a importância em mudar o enfoque para reforçar “participação da comunidade”, termo que “tem conteúdo muito mais amplo, abrangente e profundo que o de simples controle social, o qual trata apenas de uma das funções da participação”.

Por outro lado, talvez o destaque dado na literatura científica brasileira aos conceitos de “participação da comunidade” e “controle social”, por razões históricas e pelo arcabouço legal, tenha levado os pesquisadores a não utilizar com maior frequência o conceito de “aceitabilidade social” – poderia ser um caso extremo de investigação conduzida com conceitos semelhantes a aceitabilidade, mas não com “aceitabilidade” em si. Nesta situação, estariam de certa forma comprometidos os resultados e conclusões do presente estudo relacionados com a aceitabilidade das tecnologias de APS pesquisadas no Brasil, pois a amostra não representaria adequadamente o corpo de conhecimento associado com a noção de aceitabilidade social em nosso país.

Além das definições para “aceitabilidade social” encontradas no estudo preliminar para esta pesquisa, como resultado desta revisão de escopo foram identificadas algumas definições baseadas em outros referenciais teóricos, às vezes até criadas para uso apenas no âmbito do artigo que as continha (item (I) dos resultados, tabelas 1 e 2). Deste conjunto, vale destacar os aportes dos estudos sobre a aceitabilidade de inovações oriundas do campo das tecnologias de informação e comunicação, tais como as seguintes definições:

- “A ‘aceitabilidade’ de uma tecnologia foi definida de quatro formas principais: satisfação com a tecnologia; uso ou adoção da tecnologia; uso eficiente ou efetivo da tecnologia; intenção ou desejo de usar a tecnologia.” (OR; KARSH, 2009)
- Teoria Unificada da Aceitação e Uso de Tecnologias de Venkatesh, na qual a aceitabilidade é definida como a intenção comportamental de usar a tecnologia de informação em estudo, considerando esta intenção como o maior preditor proximal do efetivo uso da tecnologia (EBERT et al., 2015)

O termo “tecnologia”, apesar de frequentemente ser usado com significado mais restrito indicando apenas as “tecnologias duras” (na tipificação formulada por Mehry (COELHO; JORGE, 2009)), já passou por uma ampliação de significado que viabilizou investigar melhor os métodos de conduzir o trabalho em saúde, sistematizados ou não; da mesma forma, é possível que outros aportes teóricos do campo das tecnologias de informação e comunicação também possam ser proveitosos no estudo das tecnologias leves e leve-duras praticadas na APS, como, por exemplo, estas duas definições acima destacadas.

O uso do termo “tecnologia” com significado abrangente na presente revisão de escopo viabilizou a inclusão de diversos artigos que investigaram tecnologias leves e leve-duras implementadas na APS, indicando que é possível pesquisar a aceitabilidade social, por exemplo, de tecnologias tão variadas quanto o contato físico entre médico e paciente durante a consulta, as diferentes formas de organizar o agendamento de consultas, ou o atendimento em saúde prestado por diversos profissionais de saúde (isoladamente ou de forma associada). Ainda assim, percebe-se no conjunto de artigos uma forte presença do estudo de tecnologias duras, especialmente das tecnologias duras que envolvem inovação e tecnologias de informação e comunicação – subconjunto específico que pode até ser usado como único significado pretendido quando se diz “tecnologia” (como em (YOUNG, 2017)).

A ênfase em tecnologias duras e inovadores pode ser contraprodutiva em si, já que o efeito de tais tecnologias pode depender de como foram utilizadas as tecnologias leves na implementação de tais tecnologias duras. No ensaio clínico randomizado sobre telessaúde “Whole System Demonstrator”, por exemplo, os benefícios esperados não foram verificados porque os pacientes usando a tecnologia dura se sentiam mais isolados socialmente (THE NUFFIELD TRUST, 2016, citado por YOUNG, 2017). Além disso, tal ênfase pode levar à perpetuação na cultura institucional dos serviços de APS de tecnologias já consolidadas (não inovadoras) por inércia da falta de investigação – mesmo que tais tecnologias não sejam de fato bem aceitas socialmente, ou talvez quando forem aceitas apenas por determinados grupos sociais mas não por outros.

Aliás, outro aspecto de grande variabilidade e pouca conceituação específica identificado foi o quanto se poderia considerar “social” a “aceitabilidade” pesquisada em cada artigo. Como a ênfase desta revisão está no escopo de abordagem do tema, optou-se pelo uso do conceito mais abrangente possível, levando em consideração qualquer abordagem de aceitabilidade que visasse o âmbito coletivo, desde pequenos grupos, passando por grupos com certos determinantes compartilhados ou identidades sociais, outros com definição geográfica da coletividade pesquisada (em diversas escalas).

De qualquer forma, esta estratégia limitou as considerações do presente estudo sobre o quão “social” foi de fato a “aceitabilidade” das tecnologias estudadas, limitação que também se aplica a não dispor de análise crítica sobre qual conceito de sociedade ou comunidade foi utilizado em cada artigo.

Outras limitações destes resultados e análises são:

- como foi enfatizado apenas um descritor (DeCS / MeSH) na estratégia principal de busca, e este descritor tem uma definição que não abarca todo o conceito de “aceitabilidade social”, podem não ter sido incluídos outros artigos relevantes, especialmente aqueles que se utilizem de outros conceitos assemelhados, como os listados no item H dos resultados – assim, algumas das lacunas listadas para o campo de estudos podem já ter sido investigadas por meio de conceitos semelhantes, e talvez encontrando graus de aceitabilidade distintos dos aqui elencados. Além disso, pode ter limitado a compreensão do tema em países nos quais as pesquisas científicas usem com mais frequência algum destes outros conceitos – parece provável que isso tenha inclusive reduzido a amostra de artigos encontrados sobre tecnologias da APS no Brasil;
- como a metodologia utilizada, revisão de escopo, não envolve análise crítica detalhada da validade de cada artigo encontrado, é provável que a qualidade variável dos artigos incluídos afete a análise de graus de aceitabilidade das tecnologias descritas – isto é, recomenda-se cautela ao considerar como

conclusivos os graus de aceitabilidade tabulados para cada tecnologia neste estudo;

- como a extração de informações dos artigos não incluiu verificação das fontes de financiamento destes, este é mais um potencial viés das conclusões relacionadas aos graus de aceitabilidade tabulados nos resultados (este é um dos dois itens essenciais não realizados do checklist PRISMA – ScR, disponível no Anexo 1);
- como o processo de identificação e seleção de artigos foi desenvolvido por apenas um autor, podem haver algumas inconsistências na reprodutibilidade da busca relacionada a interpretação dos critérios aplicados a cada artigo (este é um dos dois itens essenciais não realizados do checklist PRISMA – ScR, disponível no Anexo 1);

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Além da relevância das considerações conceituais já discutidas para o campo da investigação científica do tema, os achados desta revisão de escopo podem trazer implicações para a formulação e a implementação de políticas de saúde, e mesmo para a prática da Atenção Primária à Saúde.

O ponto de partida para refletir sobre tais implicações é dedicar atenção a entender que a APS contém um grande e diverso conjunto de tecnologias sendo aplicadas, várias das quais de forma associada, que têm sua razão de ser amparada na história de construção de APS em cada local, mas que variam muito no quanto são de fato **“métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis**, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação”.

A partir daí, cada formulador ou gestor de políticas de saúde e cada profissional trabalhando na APS, confrontado com a ampla gama de tecnologias de APS de graus variados de aceitabilidade social identificada nesta revisão de escopo, pode olhar a sua própria realidade de APS com um olhar renovado e encontrar possibilidades de aprimoramento de sua política de saúde e/ou prática de APS.

Tanto a discussão teórica quanto os resultados desta revisão de escopo deixam claro que existem tecnologias de cuidado sendo aplicadas na APS em determinados contextos que carecem de aceitabilidade social – entendimento este que poderia levar pelo menos às seguintes condutas: mudar a tecnologia em uso, ajustar a forma de implementação da tecnologia, e/ou buscar modificação na aceitabilidade social da mesma. Certamente uma ampliação da quantidade e qualidade das pesquisas científicas neste tema propiciaria melhores condições para que gestores, trabalhadores de saúde e usuários elaborem suas decisões e escolhas sobre quais destas condutas seria mais adequada para cada tecnologia da APS.

7. REFERÊNCIAS

ABOLHASSANI, N. et al. Readiness to accept health information and communication technologies: A population-based survey of community-dwelling older adults. **International Journal of Medical Informatics**, v. 130, n. June, p. 103950, 2019.

ABRAHAM, T. H. et al. Feasibility and acceptability of shared decision-making to promote alcohol behavior change among women Veterans: Results from focus groups. **Journal of Addictive Diseases**, v. 36, n. 4, p. 252–263, 2017.

AMORIM, F. F. et al. Health technology assessment: historical context and perspectives. **Comun. ciênc. saúde**, v. 21, n. 4, p. 343–348, 2010.

ANDERSON, R. T. et al. Patient acceptability of genotypic testing for hemochromatosis in primary care. **Genetics in Medicine**, v. 7, n. 8, p. 557–563, 2005.

ANDERSON, S. et al. Asking the right questions: Scoping studies in the commissioning of research on the organisation and delivery of health services. **Health Research Policy and Systems**, v. 6, p. 1–12, 2008.

ANS, A. N. DE S. S. (BRASIL). **Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2018.

AREAN, P. A.; MIRANDA, J. Do primary care patients accept psychological treatments? **General Hospital Psychiatry**, v. 18, n. 1, p. 22–27, 1996.

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. SCOPING STUDIES: TOWARDS A METHODOLOGICAL FRAMEWORK. **International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice**, v. 8, n. 1, p. 19–32, 2005.

ARMSTRONG, N.; JAMES, V.; DIXON-WOODS, M. The role of primary care professionals in women's experiences of cervical cancer screening: A qualitative study. **Family Practice**, v. 29, n. 4, p. 462–466, 2012.

AYALA, G. X.; ELDER, J. P. Qualitative methods to ensure acceptability of behavioral and social interventions to the target population. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 71, n. SUPPL. 1, p. 1–17, 2011.

BAIR, R. M. et al. Acceptability of the Human Papillomavirus Vaccine among Latina Mothers. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**, v. 21, n. 6, p. 329–334, 2008.

BAKER, R.; STREATFIELD, J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. **British Journal of General Practice**, v. 45, n. 401, p. 654–659, 1995.

BALI, S.; SINGH, A. J. Mobile phone consultation for community health care in rural north India. **Journal of Telemedicine and Telecare**, v. 13, n. 8, p. 421–424, 2007.

BASHSHUR, R. L. et al. The Empirical Foundations of Telemedicine Interventions in Primary Care. **Telemedicine and e-Health**, v. 22, n. 5, p. 342–375, 2016.

BAYNES, C. et al. An exploration of the feasibility, acceptability, and effectiveness of professional, multitasked community health workers in Tanzania. **Global Public Health**, v. 12, n. 8, p. 1018–1032, 2017.

BENTHAM, J. et al. Students conducting consultations in general practice and the acceptability to patients. **Medical Education**, v. 33, n. 9, p. 686–7, 1999.

BLUESTEIN, D.; HEALEY, A. C.; RUTLEDGE, C. M. Acceptability of behavioral treatments for insomnia. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 24, n. 3, p. 272–280, 2011.

BONNEY, A.; MAGEE, C.; PEARSON, R. Cross-sectional survey of older patients' views regarding multidisciplinary care for chronic conditions in general practice. **Australian Journal of Primary Health**, v. 20, n. 1, p. 27–33, 2014.

BOUSQUAT, A. et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: Managers' and users' perspective. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141–1154, 2017.

BRABIN, L. et al. A survey of adolescent experiences of human papillomavirus vaccination in the Manchester study. **British Journal of Cancer**, v. 101, n. 9, p. 1502–1504, 2009.

BRADLEY, E. L. P. et al. Acceptability of oral rapid HIV testing at dental clinics in communities with high HIV prevalence in South Florida. **PLoS ONE**, v. 13, n. 4, p. 1–12, 2018.

BRASIL.[Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 128, n. 249, p.25694-25695, 1990.

BRASIL, M. DA S. DO. **Diretrizes metodológicas: Sistema GRADE -- Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em saúde**. Brasília:Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, M. DA S. DO. **Guia de Avaliação de Tecnologias em Saúde na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRAUN, S. R. et al. Acceptance of and attitudes towards Alzheimer's disease screening in elderly German adults. **International Psychogeriatrics**, v. 26, n. 3, p. 425–434, 2014.

BREWIN, P. et al. Is screening for tuberculosis acceptable to immigrants? A qualitative study. **Journal of Public Health**, v. 28, n. 3, p. 253–260, 2006.

BROTONS, C. et al. Attitudes toward preventive services and lifestyle: The views of primary care patients in Europe. the EUROPREVIEW patient study. **Family Practice**, v. 29, n. SUPPL. 1, p. 168–176, 2012.

BROWN, K. F. et al. Attitudinal and demographic predictors of measles, mumps and rubella (MMR) vaccine acceptance: Development and validation of an evidence-based measurement instrument. **Vaccine**, v. 29, n. 8, p. 1700–1709, 2011.

BRUNSON, M. W. A definition of " social acceptability " in ecosystem management. In: **Defining social acceptability in ecosystem management: a workshop proceedings**. Portland: Department of Agriculture, Forest Service, Pacific Northwest Research Station, p. 7–17, 1992.

BURACK, R. C.; LIANG, J. The acceptance and completion of mammography by older Black women. **American Journal of Public Health**, v. 79, n. 6, p. 721–726, 1989.

CAHILL, S. et al. Do ask, do tell: High levels of acceptability by patients of routine collection of sexual orientation and gender identity data in four diverse American community health centers. **PLoS ONE**, v. 9, n. 9, 2014.

CALDOW, J. et al. Treatment of minor illness in primary care: A national survey of patient satisfaction, attitudes and preferences regarding a wider nursing role. **Health Expectations**, v. 10, n. 1, p. 30–45, 2007.

CARVALHO, G de C. M. de. **Participação da comunidade na saúde**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

CASTIGLIONE, D.; LOVASI, G. S.; CARVALHO, M. S. Perceptions and Uses of Public and Private Health Care in a Brazilian Favela. **Qualitative Health Research**, v. 28, n. 1, p. 159–172, 2018.

CHATTERJEE, S. et al. Integrating evidence-based treatments for common mental disorders in routine primary care: Feasibility and acceptability of the MANAS intervention in Goa, India. **World Psychiatry**, v. 7, n. 1, p. 39–46, 2008.

CHENG, I. H.; DRILLICH, A.; SCHATTNER, P. Refugee experiences of general practice in countries of resettlement: A literature review. **British Journal of General Practice**, v. 65, n. 632, p. e171–e176, 2015.

CHOI, E. P. H. A pilot study to evaluate the acceptability of using a smart pillbox to enhance medication adherence among primary care patients. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 20, 2019.

CHOI, I. et al. Acceptability of psychological treatment to Chinese- and Caucasian-Australians: Internet treatment reduces barriers but face-to-face care is preferred. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 50, n. 1, p. 77–87, 2015.

CHOI, N. G. et al. Telehealth Problem-Solving Therapy for Depressed Low-Income Homebound Older Adults: Acceptance and Preliminary Efficacy. **Am J Geriatr Psychiatry**, v. 23, n. 3, p. 263–271, 2014.

COCKSEDGE, S. et al. Touch in primary care consultations: Qualitative investigation of doctors' and patients' perceptions. **British Journal of General Practice**, v. 63, n. 609, p. 283–290, 2013.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. suppl 1, p. 1523–1531, 2009.

COLQUHOUN, H. L. et al. Scoping reviews: Time for clarity in definition, methods, and reporting. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 67, n. 12, p. 1291–1294, 2014.

CONDESSA, A. M. **AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM OS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NO BRASIL**. [s.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2015.

COOPER, R. J. et al. Further challenges to medical dominance? the case of nurse and pharmacist supplementary prescribing. **Health**, v. 16, n. 2, p. 115–133, 2012.

CORRÊA-LIMA, M. et al. Reflexões sobre a implantação de novas estratégias de educação popular em uma ESF de um município do leste de Minas Gerais. **Revista de APS**, v. 21, n. 4, p. 757–765, 2020.

CRAGG, D. K.; CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O. Out of hours primary care centres: Characteristics Of those attending and declining to attend. **Bmj**, v. 309, n. 6969, p. 1627, 1994.

CRAMER, H. et al. Group cognitive behavioural therapy for women with depression: Pilot and feasibility study for a randomised controlled trial using mixed methods. **BMC Psychiatry**, v. 11, n. 1, p. 82, 2011.

CRAWLEY, R. et al. Evaluation of expressive writing for postpartum health: a randomised controlled trial. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 41, n. 5, p. 614–626, 2018.

DANIEL, O. J.; OLADAPO, O. T. Acceptability of prenatal HIV screening at the primary care level in Nigeria. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 26, n. 3, p. 191–194, 2006.

DARENG, E. O. et al. Influence of spirituality and modesty on acceptance of self-sampling for cervical cancer screening. **PLoS ONE**, v. 10, n. 11, p. 1–12, 2015.

DASTJERDI, M.; OLSON, K.; OGILVIE, L. A study of Iranian immigrants' experiences of accessing Canadian health care services: A grounded theory. **International Journal for Equity in Health**, v. 11, n. 1, p. 1–15, 2012.

DAVIS, A. et al. Hearing impairments in middle age: The acceptability, benefit and cost of detection (ABCD). **British Journal of Audiology**, v. 26, n. 1, p. 1–14, 1992.

DAVIS, A. et al. Acceptability, benefit and costs of early screening for hearing disability: a study of potential screening tests and models. **Health Technology Assessment**, v. 6113, n. 42, 2007.

DEMPSEY, A. F. et al. Acceptability of using standing orders to deliver human papillomavirus vaccines in the outpatient obstetrician/gynecologist setting. **Vaccine**, v. 33, n. 15, p. 1773–1779, 2015a.

DEMPSEY, A. F. et al. Acceptability of human papillomavirus vaccines among women older than 26 years. **Vaccine**, v. 33, n. 13, p. 1556–1561, 2015b.

DENBERG, T. D.; ROSS, S. E.; STEINER, J. F. Patient acceptance of a novel preventive care delivery system. **Preventive Medicine**, v. 44, n. 6, p. 543–546, 2007.

DOAN, Q. et al. Canadians' willingness to receive care from physician assistants. **Canadian Family Physician**, v. 58, n. 8, p. 459–464, 2012.

DOMÍNGUEZ-BERJÓN, M. F. et al. A feasibility study for 3 strategies promoting HIV testing in primary health care in Madrid, Spain (ESTVIH project). **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 23, n. 6, p. 1408–1414, 2017.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, p. 1115–1118, 1990.

DONG, Y. et al. Feasibility and acceptability of the informant ad8 for cognitive screening in primary healthcare: A pilot study. **Scientific World Journal**, v. 2014, 2014.

DORMANDY, E. et al. Antenatal screening for haemoglobinopathies in primary care: A cohort study and cluster randomised trial to inform a simulation model. The screening for haemoglobinopathies in first trimester (SHIFT) trial. **Health Technology Assessment**, v. 14, n. 20, p. 1–160, 2010.

DOUBOVA, S. V. et al. Attributes of patient-centered primary care associated with the public perception of good healthcare quality in Brazil, Colombia, Mexico and El Salvador. **Health Policy and Planning**, v. 31, n. 7, p. 834–843, 2016.

DYER, T. A.; OWENS, J.; ROBINSON, P. G. The acceptability of healthcare: from satisfaction to trust. **Community dental health**, v. 33, n. 1, p. 242–251, 2016.

EBERT, D. D. et al. Increasing the acceptance of internet-based mental health interventions in primary care patients with depressive symptoms. A randomized controlled trial. **Journal of Affective Disorders**, v. 176, p. 9–17, 2015.

ENOCSON, A. et al. International Journal of COPD Dovepress Case-finding for COPD in primary care: a qualitative study of patients' perspectives. **International Journal of COPD**, p. 13–1623, 2018.

EVERITT-PENHALE, B. et al. 'I went back to being myself': acceptability of a culturally adapted task-shifted cognitive-behavioural therapy (CBT) treatment for depression (Ziphamandla) for South African HIV care settings. **Psychology, Health and Medicine**, v. 24, n. 6, p. 680–690, 2019.

EYLES, C. et al. Acceptability of screening for early detection of liver disease in hazardous/harmful drinkers in primary care. **British Journal of General Practice**, v. 63, n. 613, p. 516–522, 2013.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. DE et al. Quality of Primary Health Care in Brazil: patients'view. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, n. suppl 6, p. 2713–2719, 2018.

FINUCANE, A.; MERCER, S. W. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness mindfulness -based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. **BMC Psychiatry**, v. 6, p. 1–14, 2006.

FORREST, S. et al. Attitudes to self-sampling for HPV among Indian, Pakistani, African-Caribbean and white British women in Manchester, UK. **Journal of Medical Screening**, v. 11, n. 2, p. 85–88, 2004.

FOTHERGILL, K. et al. Assessing the impact of a web-based comprehensive somatic and mental health screening tool in pediatric primary care. **Acad Pediatr.**, v. 13, n. 4, p. 340–347, 2013.

FOWLER, N. R. et al. Effect of patient perceptions on dementia screening in primary care. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 60, n. 6, p. 1037–1043, 2012.

FRANCIS-CHIZORORO, M.; NATSHALAGA, N. R. The female condom: acceptability and perception among rural women in Zimbabwe. **Afr J Reprod Health**, v. 7, n. 3, p. 101–116, 2003.

FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER. Projeto Usifamília. In: **Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: [s.n.]. p. 32–34, 2018.

GAIOSO, V. P. **Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da Saúde da Família no município de Ribeirão Preto-SP**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2007.

GAN, Y. et al. Patients' Willingness on Community Health Centers as Gatekeepers and Associated Factors in Shenzhen, China. **Medicine (United States)**, v. 95, n. 14, p. 1–6, 2016.

GIRGIS, S. et al. Feasibility, acceptability and impact of a telephone support service initiated in primary medical care to help Arabic smokers quit. **Australian Journal of Primary Health**, v. 17, n. 3, p. 274–281, 2011.

GLEW, S. et al. Public attitudes towards opt-out testing for HIV in primary care: A qualitative study. **British Journal of General Practice**, v. 64, n. 619, p. 60–66, 2014.

GOODYEAR-SMITH, F. et al. eCHAT for lifestyle and mental health screening in primary care. **Annals of Family Medicine**, v. 11, n. 5, p. 460–466, 2013.

GRAM, I. T.; SLENKER, S. E. Cancer anxiety and attitudes toward mammography among screening attenders, nonattenders, and women never invited. **American Journal of Public Health**, v. 82, n. 2, p. 249–251, 1992.

GRANT, M. et al. Trust of community health workers influences the acceptance of community-based maternal and child health services. *African journal of primary health care & family medicine*. ;9(1):1-8. p. 1–8, 2017.

GRANT, M. J.; BOOTH, A. A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. **Health Information and Libraries Journal**, v. 26, n. 2, p. 91–108, 2009.

GROL, R.; GIESEN, P.; VAN UDEN, C. Update: International report. After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: New models. **Health Affairs**, v. 25, n. 6, p. 1733–1737, 2006.

GROSS, C.; CALLAHAN, M.; MELE, J. Residents as Their Primary Care Providers ? **J GEN INTERN MED**, v. 13, p. 331–334, 1998.

HACKETT, M. L. et al. Getting it Right: validating a culturally specific screening tool for depression (aPHQ-9) in Aboriginal and Torres Strait Islander Australians. **Medical Journal of Australia**, v. 211, n. 1, p. 24–30, 2019.

HARRAWOOD, A. et al. Attitudes Toward Self-Sampling for Cervical Cancer Screening among Primary Care Attendees Living on the US–Mexico Border. **Curr Alzheimer Res.**, v. 15, n. 1, p. 51–55, 2018.

HENRIKSON, N. B. et al. Outreach and Reminders to Improve Human Papillomavirus Vaccination in an Integrated Primary Care System. **Clinical Pediatrics**, v. 57, n. 13, p. 1523–1531, 2018.

HIMMEL, W.; DIETERICH, A.; KOCHEN, M. M. Will german patients accept their family physician as a gatekeeper? **Journal of General Internal Medicine**, v. 15, n. 7, p. 496–502, 2000.

HOBBS, F. D. R. et al. Acceptability of opportunistic screening for occult gastrointestinal blood loss. **British Medical Journal**, v. 304, n. 6825, p. 483–486, 1992.

HOLSINGER, T. et al. Acceptability of dementia screening in primary care patients. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 26, n. 4, p. 373–379, 2011.

HOOKER, R. S.; HARRISON, K.; PASHEN, D. Are Australians willing to be treated by a physician assistant? **Australasian Medical Journal**, v. 3, n. 7, p. 407–413, 2010.

HOOPEs, A. J. et al. Knowledge and acceptability of long- acting reversible contraception among adolescent women receiving school-based primary care services. **Journal of Primary Care and Community Health**, v. 7, n. 3, p. 165–170, 2016.

HOWARD, M. et al. Barriers to acceptance of self-sampling for human papillomavirus across ethnolinguistic groups of women. **Canadian Journal of Public Health**, v. 100, n. 5, p. 365–369, 2009.

HUDSON, B. et al. Risk communication methods in hip fracture prevention: A randomised trial in primary care. **British Journal of General Practice**, v. 61, n. 589, p. 469–476, 2011.

HULTGREN, F.; JONASSON, G.; BILLHULT, A. From resistance to rescue-patients' shifting attitudes to antihypertensives: A qualitative study. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 32, n. 4, p. 163–169, 2014.

ISLAM, M. M. et al. The accessibility, acceptability, health impact and cost implications of primary healthcare outlets that target injecting drug users: A narrative

synthesis of literature. **International Journal of Drug Policy**, v. 23, n. 2, p. 94–102, 2012.

JEPSON, M. et al. The “One in a Million” study: Creating a database of UK primary care consultations. **British Journal of General Practice**, v. 67, n. 658, p. e345–e351, 2017.

JOHNSTON, S.; MACDOUGALL, M.; MCKINSTY, B. The use of video consulting in general practice: semi-structured interviews examining acceptability to patients. **J Innov Health Inform**, v. 23, n. 2, p. 493–500, 2016.

JONES, S. H. et al. The feasibility and acceptability of a novel anxiety in bipolar disorder intervention compared to treatment as usual: A randomized controlled trial. **Depression and Anxiety**, v. 35, n. 10, p. 953–965, 2018.

JOSCHKO, J. et al. Just a click away: Exploring patients’ perspectives on receiving care through the Champlain BASE™ eConsult service. **Family Practice**, v. 35, n. 1, p. 93–98, 2018.

KACZOROWSKI, J. et al. Women’s views on reminder letters for screening mammography. **Canadian Family Physician**, v. 55, p. 622- 3.e1-4, 2009.

KAJEECHIWA, L. et al. The acceptability mass administrations of anti-malarial drug as part of targeted malaria elimination in villages along the Thai-Myanmar border. **Malaria Journal**, v. 15, n. 1, p. 1–12, 2016.

KALTENTHALER, E. et al. The acceptability to patients of computerized cognitive behaviour therapy for depression: A systematic review. **Psychological Medicine**, v. 38, n. 11, p. 1521–1530, 2008.

KARWALAJTYS, T. et al. Acceptability of Reminder Letters for Papanicolaou Tests: A Survey of Women from 23 Family Health Networks in Ontario. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 29, n. 10, p. 829–834, 2007.

KESSLER, M. et al. Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 186–193, 2019.

KINNERSLEY, P. et al. In-house referral: A primary care alternative to immediate secondary care referral? **Family Practice**, v. 16, n. 6, p. 558–561, 1999.

KINSLER, J. J. et al. Preference for physician vs. nurse initiated opt-out screening on HIV test acceptance. **AIDS Care**, v. 25, n. 11, p. 1–7, 2013.

KUMAR, Y. et al. Cancer screening for women living in urban slums - acceptance and satisfaction. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 12, n. 7, p. 1681–1685, 2011.

KWONG, J. C. et al. Oral vitamin B12 therapy in the primary care setting: a qualitative and quantitative study of patient perspectives. **BMC Family Practice**, v. 6, n. 1, p. 1–9, 2005.

LAU, J. T. F. et al. Acceptability of A/H1N1 vaccination during pandemic phase of influenza A/H1N1 in Hong Kong: Population based cross sectional survey. **BMJ (Online)**, v. 339, n. 7728, p. 1014, 2009.

LAU, J. T. F. et al. Factors in association with acceptability of A/H1N1 vaccination during the influenza A/H1N1 pandemic phase in the Hong Kong general population. **Vaccine**, v. 28, n. 29, p. 4632–4637, 2010.

LAU, J. T. F. et al. Acceptability of HPV Vaccines and Associations with Perceptions Related to HPV and HPV Vaccines Among Men Who Have Sex with Men in Hong Kong. **PLoS ONE**, v. 8, n. 2, p. 1–12, 2013.

LAZALDE, G. E. et al. Parent perceptions of dentists' role in HPV vaccination. **Vaccine**, v. 36, n. 4, p. 461–466, 2018.

LEARD, L. E.; SAVIDES, T. J.; GANIATS, T. G. Patient preferences for colorectal cancer screening [1]. **Journal of Family Practice**, v. 45, n. 3, p. 211–216, 1997.

LEGLER, C. F.; CAWLEY, J. F.; FENN, W. H. Physician assistants: Education, practice and global interest. **Medical Teacher**, v. 29, n. 1, 2007.

LEVAC, D.; COLQUHOUN, H.; O'BRIEN, K. Scoping studies: advancing the methodology. **Implementation Science**, v. 5, n. 69, 2010.

LEVESQUE, J. F. et al. Acceptance of screening and completion of treatment for latent tuberculosis infection among refugee claimants in Canada. **Int J Tuberc Lung Dis**, v. 8, n. 6, p. 711–717, 2004.

LI, W. et al. Factors influencing government insurance scheme beneficiary acceptance of the gatekeeper policy: A cross-sectional study in Wuhan, China. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 1, p. 1–8, 2018.

LIEBERMAN, D. et al. Treatment preferences among problem drinkers in primary care. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 47, n. 3, p. 231–240, 2014.

LITTLE, P. et al. Comparison of acceptability of and preferences for different methods of measuring blood pressure in primary care. **British Medical Journal**, v. 325, n. 7358, p. 258–259, 2002.

LITTLEJOHN, C. Does socio-economic status influence the acceptability of, attendance for, and outcome of, screening and brief interventions for alcohol misuse: A review. **Alcohol and Alcoholism**, v. 41, n. 5, p. 540–545, 2006.

LIU, H. et al. Patients' and providers' perspectives of a polypill strategy to improve cardiovascular prevention in Australian Primary Health Care. **Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes**, v. 8, n. 3, p. 301–308, 2015.

LLEWELLYN, C. et al. Are home sampling kits for sexually transmitted infections acceptable among men who have sex with men? **Journal of Health Services Research and Policy**, v. 14, n. 1, p. 35–43, 2009.

LOEFFEN, M. J. W. et al. Mentor mother support for mothers experiencing intimate partner violence in family practice: A qualitative study of three different perspectives on the facilitators and barriers of implementation. **European Journal of General Practice**, v. 23, n. 1, p. 27–34, 2017.

LONG, A. F. et al. Acceptability and satisfaction with a telecarer approach to the management of type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 28, n. 2, p. 283–289, 2005.

LONG, J. A.; HELWEG-LARSEN, M.; VOLPP, K. G. Patient opinions regarding “pay for performance for patients”. **Journal of General Internal Medicine**, v. 23, n. 10, p. 1647–1652, 2008.

LUCHTERS, S. et al. Acceptability of the diaphragm in Mombasa Kenya: A 6-month prospective study. **European Journal of Contraception and Reproductive Health Care**, v. 12, n. 4, p. 345–353, 2007.

LWEMBE, S. et al. A qualitative evaluation to explore the suitability, feasibility and acceptability of using a “celebration card” intervention in primary care to improve the uptake of childhood vaccinations. **BMC Family Practice**, v. 17, n. 1, p. 1–11, 2016.

MANCHIKANTI, P. et al. Acceptability of general practice services for Afghan refugees in south-eastern Melbourne. **Australian Journal of Primary Health**, v. 23, n. 1, p. 87–91, 2017.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; CORRENTE, J. E. Atenção Primária à Saúde de uma cidade brasileira sob a ótica dos usuários e profissionais/Primary Health Care in the view of users and professionals in a Brazilian city. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 3, p. 1299, 2015.

MARRAZZO, J. M. et al. Acceptability of urine-based screening for Chlamydia trachomatis to asymptomatic young men and their providers. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 34, n. 3, p. 147–153, 2007.

MARSIGLIA, R. M. G. Universalização do acesso ao Sistema Único de Saúde no Brasil: desafios para a Atenção Primária à Saúde. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 20, n. 3, p. 317–325, 2012.

MASSUDA, A.; TITTON, C. M. S.; NETO, P. P. Remembering Alma-Ata: challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. 1–9, 2018.

MCKEE, M. D. et al. Counseling to prevent obesity among preschool children: Acceptability of a pilot urban primary care intervention. **Annals of Family Medicine**, v. 8, n. 3, p. 249–255, 2010.

MCKEE, M. D. et al. Outcomes of acupuncture for chronic pain in urban primary care. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 26, n. 6, p. 692–700, 2013.

MENDENHALL, E. et al. Acceptability and feasibility of using non-specialist health workers to deliver mental health care: stakeholder perceptions from the PRIME district sites in Ethiopia, India, Nepal, South Africa, and Uganda. **Social science & medicine (1982)**, v. 118, p. 33–42, out. 2014.

MEWTON, L.; SACHDEV, P. S.; ANDREWS, G. A Naturalistic Study of the Acceptability and Effectiveness of Internet-Delivered Cognitive Behavioural Therapy for Psychiatric Disorders in Older Australians. **PLoS ONE**, v. 8, n. 8, p. 1–5, 2013.

MOHR, D. C. et al. Interest in Behavioral and Psychological Treatments Delivered Face-to-Face, by Telephone and by Internet. **Ann Behav Med**, v. 40, n. 1, p. 89–98, 2010.

MOLLEDA, L. et al. Clinic Personnel, Facilitator, and Parent Perspectives of eHealth Familias Unidas in Primary Care. **J Pediatr Health Care**, v. 31, n. 3, p. 350–361, 2017.

MORAIS, J. D. **O APOIO SOCIAL E A SATISFAÇÃO DE HIPERTENSOS COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**. [s.l.] Universidade Federal da Paraíba, 2019.

MORGAN, A. et al. Quantifying patient preferences for out-of-hours primary care. **Journal of Health Services Research and Policy**, v. 5, n. 4, p. 214–218, 2000.

MORIKAWA, E. et al. Acceptability and Feasibility of Integrating Point-of-Care Diagnostic Testing of Sexually Transmitted Infections into a South African Antenatal Care Program for HIV-Infected Pregnant Women. **Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology**, v. 2018, p. 1–7, 2018.

MORRIS, L. et al. Experiences of a transdiagnostic group, the Take Control Course, for clients with common mental health problems: A qualitative study. **Clinical Psychology and Psychotherapy**, v. 25, n. 5, p. 730–744, 2018.

MUNN, Z. et al. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. **BMC Medical Research Methodology**, v. 18, n. 1, p. 1–7, 2018.

NADKARNI, A. et al. The systematic development and pilot randomized evaluation of counselling for alcohol problems, a lay counselor-delivered psychological treatment for harmful drinking in primary care in India: The PREMIUM study. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 39, n. 3, p. 522–531, 2015.

NEUNER-JEHLE, S.; SCHMID, M.; GRÜNINGER, U. The “health Coaching” programme: A new patient-centred and visually supported approach for health behaviour change in primary care. **BMC Family Practice**, v. 14, p. 2–9, 2013.

NOBLE, N. et al. A randomised trial assessing the acceptability and effectiveness of providing generic versus tailored feedback about health risks for a high need primary care sample. **BMC Family Practice**, v. 16, n. 1, p. 1–8, 2015.

NOCON, A. et al. Specialist general practitioners and diabetes clinics in primary care: a qualitative and descriptive evaluation. **Diabetic Medicine**, v. 21, n. 1, p. 32–38, 2004.

O’CONNOR, G. et al. Patient acceptability and experiences of therapeutic switching of proton pump inhibitors within the National Preferred Drugs initiative in Ireland. **Irish Journal of Medical Science**, v. 186, n. 3, p. 631–639, 2017.

OLADE, R. A. Perception of nurses in expanded role. **International Journal of Nursing Studies**, v. 26, n. 1, p. 15–25, 1989.

OLIVEIRA, L. H. DE; MATTOS, R. A. DE; SOUZA, A. I. S. DE. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1929–1938, 2009.

OLIVEIRA, M. M. DE et al. Avaliação Da Aceitabilidade Do Usuário/Família Sobre a Estratégia Saúde Da Família. **Revista de APS**, v. 20, n. 2, p. 159–166, 2018.

OR, C. K. L.; KARSH, B. T. A Systematic Review of Patient Acceptance of Consumer Health Information Technology. **Journal of the American Medical Informatics Association**, v. 16, n. 4, p. 550–560, 2009.

PAPP, R. et al. Perceptions of quality in primary health care: Perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. **BMC Family Practice**, v. 15, n. 1, 2014.

PARK, P. et al. Screening for type 2 diabetes is feasible, acceptable, but associated with increased short-term anxiety: A randomised controlled trial in British general practice. **BMC Public Health**, v. 8, p. 1–9, 2008.

PARKER, R. et al. What primary health-care services are Australian consumers willing to accept from nurse practitioners? A National Survey. **Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy**, v. 17, n. 5, p. 733–740, out. 2014.

PAUDYAL, P.; FLOHR, F. D.; LLEWELLYN, C. D. A systematic review of patient acceptance of screening for oral cancer outside of dental care settings. **Oral Oncology**, v. 50, n. 10, p. 956–962, 2014.

PAUL, M. et al. Acceptability of home-assessment post medical abortion and medical abortion in a low-resource setting in Rajasthan, India. Secondary outcome analysis of a non-inferiority randomized controlled trial. **PLoS ONE**, v. 10, n. 9, p. 1–14, 2015.

PENARANDA, E. et al. Attitudes Toward Self-Sampling for Cervical Cancer Screening among Primary Care Attendees Living on the US–Mexico Border. **Southern Medical Journal**, v. 107, n. 7, p. 462–432, 2014.

PERRY, H. et al. Attaining health for all through community partnerships: Principles of the census-based, impact-oriented (CBIO) approach to primary health care developed in Bolivia, South America. **Social Science and Medicine**, v. 48, n. 8, p. 1053–1067, 1999.

PETERS, M. D. J. et al. Guidance for conducting systematic scoping reviews. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, v. 13, n. 3, p. 141–146, 2015.

POLLUSTE, K.; KALDA, R.; LEMBER, M. Primary health care system in transition: The patient's experience. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 12, n. 6, p. 503–509, 2000.

POLLUSTE, K.; KALDA, R.; LEMBER, M. Evaluation of primary health care reform in Estonia from patients' perspective: Acceptability and satisfaction. **Croatian Medical Journal**, v. 45, n. 5, p. 582–587, 2004.

POWERS, J. S. Primary care in an underserved rural area: The Goodlark experience in Middle Tennessee. **Public Health Reports**, v. 98, n. 4, p. 390–396, 1983.

PRESCHER, S. et al. Telemedical care: Feasibility and perception of the patients and physicians: A survey-based acceptance analysis of the Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure (TIM-HF) trial. **European Journal of Preventive Cardiology**, v. 20, n. 2, p. 18–24, 2013.

PROST, A. et al. Feasibility and acceptability of offering rapid HIV tests to patients registering with primary care in London (UK): A pilot study. **Sexually Transmitted Infections**, v. 85, n. 5, p. 326–329, 2009.

PROTASIO, A. P. L. et al. Fatores associados à satisfação de usuários com a atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saude Publica**, v. 33, n. 2, p. 1–15, 2017.

QUAH, J. H. M.; TONG, L.; BARBIER, S. Patient acceptability of tear collection in the primary healthcare setting. **Optometry and Vision Science**, v. 91, n. 4, p. 452–458, 2014.

RAND, C. M. et al. Parent and adolescent perspectives about adolescent vaccine delivery: Practical considerations for vaccine communication. **Vaccine**, v. 29, n. 44, p. 7651–7658, 2011.

REILLY, R. et al. Effectiveness, cost effectiveness, acceptability and implementation barriers/enablers of chronic kidney disease management programs for Indigenous people in Australia, New Zealand and Canada: A systematic review of mixed evidence. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, 2016.

REITER, P. L. et al. Acceptability of HPV vaccine among a national sample of gay and bisexual men. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 37, n. 3, p. 197–203, 2010.

ROGAUSCH, A. et al. Feasibility and acceptance of electronic quality of life assessment in general practice: An implementation study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 7, p. 1–10, 2009.

ROLAND, M.; ROLAND, M. 40 years on. Has the vision of Alma-Ata been realized? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, 2019.

RUBIN, S. E. et al. Urban female patients' perceptions of the family medicine clinic as a site for abortion care. **Contraception**, v. 80, n. 2, p. 174–179, 2009.

RUZEK, S. B. et al. Randomized Trial of a Computerized Touch Screen Decision Aid to Increase Acceptance of Colonoscopy Screening in an African American Population with Limited Literacy. **Health Communication**, v. 31, n. 10, p. 1291–1300, 2016.

SALA, A. et al. Integralidade e atenção primária à saúde: Avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saude e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 948–960, 2011.

SALISBURY, C. Postal survey of patients' satisfaction with a general practice out of hours cooperative. **British Medical Journal**, v. 314, n. 7094, p. 1594–1598, 1997.

SALISBURY, C.; MUNRO, J. Walk-in centres in primary care: A review of the international literature. **British Journal of General Practice**, v. 53, n. 486, p. 53–59, 2003.

SANCHEZ, R. M.; ROZANA, E.; CICONELLI, M. Temas de actualidad / Current topics Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260–8, 2012.

SANSONE, R. A. et al. The acceptability of psychotropic vs. other medications among a small urban primary care sample. **General Hospital Psychiatry**, v. 25, n. 6, p. 492–494, 2003.

SÃO FRANCISCO SISTEMA DE SAÚDE. Programa Viver Bem. In: **Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: [s.n.]. p. 34–37, 2018.

SAURO, H.; MACHADO, V.; MELO, E. A. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. **Cadernos de Saude Pública**, v. 35, n. 11, p. 1–5, 2019.

SCHWARTZ, S. et al. prevention strategies : A qualitative study. v. 27, n. 11, p. 1–14, 2016.

SCHWARZINGER, M. et al. Low acceptability of A/H1N1 pandemic vaccination in french adult population: Did public health policy fuel public dissonance? **PLoS ONE**, v. 5, n. 4, 2010.

SCIAMANNA, C. N.; DIAZ, J.; MYNE, P. Services Delivery. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 19, p. 1–6, 2002.

SEKHON, M.; CARTWRIGHT, M.; FRANCIS, J. J. Acceptability of healthcare interventions: An overview of reviews and development of a theoretical framework. **BMC Health Services Research**, v. 17, n. 1, p. 1–13, 2017.

SEKHON, M.; CARTWRIGHT, M.; FRANCIS, J. J. Acceptability of health care interventions: A theoretical framework and proposed research agenda. **British Journal of Health Psychology**, v. 23, n. 3, p. 519–531, 2018.

SILVERSTEIN, W. et al. A survey of primary care patients' readiness to engage in the de-adoption practices recommended by Choosing Wisely Canada. **BMC Research Notes**, v. 9, n. 1, p. 1–8, 2016.

SIROVICH, B. E.; WOLOSHIN, S.; SCHWARTZ, L. M. Screening for cervical cancer: Will women accept less? **American Journal of Medicine**, v. 118, n. 2, p. 151–158, 2005.

SKINNER, C. S.; ZERR, A. D.; DAMSON, R. L. Incorporating mobile mammography units into primary care: Focus group interviews among inner-city health center patients. **Health Education Research**, v. 10, n. 2, p. 179–189, 1995.

SMITH, A. J.; TURNER, E. L.; KINRA, S. Universal Cholesterol Screening in Childhood: A Systematic Review. **Academic Pediatrics**, v. 16, n. 8, p. 716–725, 2016.

SMITH, M.; CANNON-BRELAND, M. L.; SPIGGLE, S. Consumer, physician, and payer perspectives on primary care medication management services with a shared resource pharmacists network. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, v. 10, n. 3, p. 539–553, 2014.

SNUGGS, S. et al. Using text messaging to prevent relapse to smoking: Intervention development, practicability and client reactions. **Addiction**, v. 107, n. SUPPL.2, p. 39–44, 2012.

SONG, H. J. et al. What matters to people with chronic conditions when accessing care in Australian general practice? A qualitative study of patient, carer, and provider perspectives. **BMC Family Practice**, v. 20, n. 1, p. 1–13, 2019.

SOUICY, J. N.; HADJISTAVROPOULOS, H. D. Treatment acceptability and preferences for managing severe health anxiety: Perceptions of internet-delivered cognitive behaviour therapy among primary care patients. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, v. 57, p. 14–24, 2017.

SPEAR, S. E. et al. Feasibility and Acceptability of an Audio Computer-Assisted Self-Interview Version of the Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in Primary Care Patients. **Subst Abus.**, v. 37, n. 2, p. 299–305, 2016.

STACY, R.; SPENCER, J. Patients as teachers: a qualitative study of patients' views on their role in a community-based undergraduate project. **Medical education**, v. 33, n. 9, p. 688–694, set. 1999.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STURGISS, E. A. et al. Feasibility and acceptability of a physician delivered weight management programme. **Family Practice**, v. 34, n. 1, p. 43–48, 2017.

SWINTON, J. J.; ROBINSON, W. D.; BISCHOFF, R. J. Telehealth and Rural Depression: Physician and Patient Perspectives. **Families, Systems and Health**, v. 27, n. 2, p. 172–182, 2009.

TARRANT, C. et al. Continuity and trust in primary care: A qualitative study informed by game theory. **Annals of Family Medicine**, v. 8, n. 5, p. 440–446, 2010.

TASKILA, T. et al. Factors affecting attitudes toward colorectal cancer screening in the primary care population. **British Journal of Cancer**, v. 101, n. 2, p. 250–255, 2009.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: A conceptual note. **Cadernos de Saude Publica**, v. 24, n. 5, p. 1168–1173, 2008.

TIERNEY, M. et al. Feasibility, acceptability and uptake rates of gestational diabetes mellitus screening in primary care vs secondary care: findings from a randomised controlled mixed methods trial. **Diabetologia**, v. 58, n. 11, p. 2486–2493, 2015.

TOMPSON, A. C. et al. Acceptability and psychological impact of out-of-office monitoring to diagnose hypertension: An evaluation of survey data from primary care patients. **British Journal of General Practice**, v. 69, n. 683, p. E389–E397, 2019.

TOPP, S. M. et al. Strengthening health systems at facility-level: Feasibility of integrating antiretroviral therapy into primary health care services in Lusaka, Zambia. **PLoS ONE**, v. 5, n. 7, 2010.

TORBJØRNSSEN, A. et al. Acceptability of an mHealth App Intervention for Persons With Type 2 Diabetes and its Associations With Initial Self-Management: Randomized Controlled Trial. **JMIR mHealth and uHealth**, v. 6, n. 5, p. e125–e125, 2018.

TORBJØRNSSEN, A. et al. Users' acceptability of a mobile application for persons with type 2 diabetes: A qualitative study. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 1–14, 2019.

TORRES, R. C. P. et al. Aceptabilidad de la búsqueda oportunista de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana mediante serología en pacientes captados en centros de atención primaria de España: estudio VIH-AP. **Atención Primaria**, v. 48, n. 6, p. 383–393, 2016.

TRICCO, A. C. et al. A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. **BMC Medical Research Methodology**, v. 16, n. 1, p. 1–10, 2016.

TRICCO, A. C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467–473, 2018.

TRIEF, P. M. et al. Diabetes management assisted by telemedicine: Patient perspectives. **Telemedicine and e-Health**, v. 14, n. 7, p. 647–655, 2008.

TRISTÃO, F. I. et al. Acessibilidade e utilização na atenção básica: reflexões sobre o absentismo dos usuários. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 18, n. 1, p. 54–61, 2017.

TUCKER, K. L. et al. The feasibility and acceptability of self-testing for proteinuria during pregnancy: A mixed methods approach. **Pregnancy Hypertension**, v. 12, n. July 2017, p. 161–168, 2018.

TUTTY, S.; LUDMAN, E. J.; SIMON, G. Feasibility and acceptability of a telephone psychotherapy program for depressed adults treated in primary care. **General Hospital Psychiatry**, v. 27, n. 6, p. 400–410, 2005.

VALLÈS, J. A. et al. Aceptación de los fármacos genéricos en equipos de atención primaria: Efecto de una intervención educativa y de los precios de referencia. **Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S**, v. 16, n. 6, p. 505–510, 2002.

VAN ROSSEM, C. et al. Smoking cessation in primary care: Exploration of barriers and solutions in current daily practice from the perspective of smokers and healthcare professionals. **European Journal of General Practice**, v. 21, n. 2, p. 111–117, 2015.

WALLACE, S. P.; ENRIQUEZ-HAASS, V. Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 10, n. 1, p. 18–28, 2001.

WALLER, J. et al. Acceptability of unsupervised HPV self-sampling using written instructions. **Journal of Medical Screening**, v. 13, n. 4, p. 208–213, 2006.

WALSH, J. M. E. et al. Colorectal cancer screening: What do women from diverse ethnic groups want? **Journal of General Internal Medicine**, v. 28, n. 2, p. 239–246, 2013.

WANG, Z. et al. Acceptability of HPV vaccines and perceptions related to genital warts and penile/anal cancers among men who have sex with men in Hong Kong. **Vaccine**, v. 31, n. 41, p. 4675–4681, 2013.

WANG, Z. et al. Parental acceptability of HPV vaccination for boys and girls aged 9–13 years in China – A population-based study. **Vaccine**, v. 36, n. 19, p. 2657–2665, 2018.

WESTWOOD, G. et al. Feasibility and acceptability of providing nurse counsellor genetics clinics in primary care. **Journal of Advanced Nursing**, v. 53, n. 5, p. 591–604, 2006.

WHO. **Declaration of Astana. WHO (World Health Organization)**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>>, 2018.

WHO; UNICEF. **Declaração de Alma-Ata. WHO (World Health Organization), UNICEF (United Nations Children's Fund)**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://www.unicef.org/ecuador/media_27842.htm>, 1978.

WOLOSIN, R. J. The experience of screening mammography. **Journal of Family Practice**, v. 29, n. 5, p. 499–502, 1989.

WONG, E. L. Y. et al. Can Human Papillomavirus DNA Self-sampling be an Acceptable and Reliable Option for Cervical Cancer Screening in Female Sex Workers? **Cancer Nursing**, v. 41, n. 1, p. 45–52, 2018.

WOOD, S. et al. Influence of ethnicity on acceptability of method of blood pressure monitoring: A cross-sectional study in primary care. **British Journal of General Practice**, v. 66, n. 649, p. e577–e586, 2016.

YARDLEY, L. et al. Patients' views of receiving lessons in the Alexander Technique and an exercise prescription for managing back pain in the ATEAM trial. **Family Practice**, v. 27, n. 2, p. 198–204, 2009.

YEUNG, A. et al. Integrating psychiatry and primary care improves acceptability to mental health services among Chinese Americans. **General Hospital Psychiatry**, v. 26, n. 4, p. 256–260, 2004.

YIP, B. H. K. et al. Nurse-led hypertension management was well accepted and non-inferior to physician consultation in a Chinese population: A randomized controlled trial. **Scientific Reports**, v. 8, n. 1, p. 1–9, 2018.

YOST, K. J. et al. Acceptability of the talking touchscreen for health literacy assessment. **Journal of Health Communication**, v. 15, n. SUPPL. 2, p. 80–92, 2010.

YOUNG, A. J. Novas tecnologias e Medicina de Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1–6, 2017.

ZHANG, X. et al. Using diffusion of innovation theory to understand the factors impacting patient acceptance and use of consumer e-health innovations: A case study in a primary care clinic Healthcare needs and demand. **BMC Health Services Research**, v. 15, n. 1, p. 1–16, 2015.

ANEXO 1

Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) Checklist

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TITLE			
Title	1	Identify the report as a scoping review.	1.
ABSTRACT			
Structured summary	2	Provide a structured summary that includes (as applicable): background, objectives, eligibility criteria, sources of evidence, charting methods, results, and conclusions that relate to the review questions and objectives.	6 - 7
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known. Explain why the review questions/objectives lend themselves to a scoping review approach.	12-21.
Objectives	4	Provide an explicit statement of the questions and objectives being addressed with reference to their key elements (e.g., population or participants, concepts, and context) or other relevant key elements used to conceptualize the review questions and/or objectives.	19
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate whether a review protocol exists; state if and where it can be accessed (e.g., a Web address); and if available, provide registration information, including the registration number.	30
Eligibility criteria	6	Specify characteristics of the sources of evidence used as eligibility criteria (e.g., years considered, language, and publication status), and provide a rationale.	33-34
Information sources*	7	Describe all information sources in the search (e.g., databases with dates of coverage and contact with authors to identify additional sources), as well as the date the most recent search was executed.	32-33
Search	8	Present the full electronic search strategy for at least 1 database, including any limits used, such that it could be repeated.	32
Selection of sources of evidence†	9	State the process for selecting sources of evidence (i.e., screening and eligibility) included in the scoping review.	34
Data charting process‡	10	Describe the methods of charting data from the included sources of evidence (e.g., calibrated forms or forms that have been tested by the team before their use, and whether data charting was done independently or in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	Não realizado
Data items	11	List and define all variables for which data were sought and any assumptions and simplifications made.	34
Critical appraisal of individual sources of evidence§	12	If done, provide a rationale for conducting a critical appraisal of included sources of evidence; describe the methods used and how this information was used in any data synthesis (if appropriate).	Item opcional, não realizado
Synthesis of results	13	Describe the methods of handling and summarizing the data that were charted.	34-35

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
Selection of sources of evidence	14	Give numbers of sources of evidence screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally using a flow diagram.	37
Characteristics of sources of evidence	15	For each source of evidence, present characteristics for which data were charted and provide the citations.	Realizado, mas não detalhado neste TCM por serem 201 artigos; para o conjunto: 36 - 48
Critical appraisal within sources of evidence	16	If done, present data on critical appraisal of included sources of evidence (see item 12).	Item opcional, não realizado
Results of individual sources of evidence	17	For each included source of evidence, present the relevant data that were charted that relate to the review questions and objectives.	Realizado, mas não detalhado neste TCM por serem 201 artigos; alguns dados tabulados para cada fonte individual nas tabelas e quadros entre páginas 44 - 75
Synthesis of results	18	Summarize and/or present the charting results as they relate to the review questions and objectives.	44 - 75
Summary of evidence	19	Summarize the main results (including an overview of concepts, themes, and types of evidence available), link to the review questions and objectives, and consider the relevance to key groups.	76 - 83
Limitations	20	Discuss the limitations of the scoping review process.	91 - 92
Conclusions	21	Provide a general interpretation of the results with respect to the review questions and objectives, as well as potential implications and/or next steps.	84 - 93
Funding	22	Describe sources of funding for the included sources of evidence, as well as sources of funding for the scoping review. Describe the role of the funders of the scoping review.	Não tabulado para cada artigo. Ausência de financiamento explicitada na página 21.

JB1 = Joanna Briggs Institute; PRISMA-ScR = Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.

* Where *sources of evidence* (see second footnote) are compiled from, such as bibliographic databases, social media platforms, and Web sites.

† A more inclusive/heterogeneous term used to account for the different types of evidence or data sources (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy documents) that may be eligible in a scoping review as opposed to only studies. This is not to be confused with *information sources* (see first footnote).

‡ The frameworks by Arksey and O'Malley (6) and Levac and colleagues (7) and the JB1 guidance (4, 5) refer to the process of data extraction in a scoping review as data charting.

§ The process of systematically examining research evidence to assess its validity, results, and relevance before using it to inform a decision. This term is used for items 12 and 19 instead of "risk of bias" (which is more applicable to systematic reviews of interventions) to include and acknowledge the various sources of evidence that may be used in a scoping review (e.g., quantitative and/or qualitative research, expert opinion, and policy document).

From: Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169:467–473. doi: [10.7326/M18-0850](https://doi.org/10.7326/M18-0850)